

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN ÉDUCATION

PAR

FRANCE LAVOIE

RELATION ENTRE LES CROYANCES DES PARENTS

ET LES HABITUDES DES ENFANTS

AVRIL 2001

2019

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

Les études montrent qu'une succion du pouce prolongée contribue à l'émergence de problèmes sur le plan de la dentition, la croissance bucco-faciale, la prononciation, les psychopathologies. La recension des écrits a permis d'observer des lacunes relativement à la compréhension du phénomène de succion non nutritive prolongée. Le présent projet vise à approfondir la relation entre les croyances parentales et les habitudes des enfants, particulièrement la succion nutritive (sein, biberon) et non nutritive (suce, pouce ou doigt, objet). Il a également comme objectif d'identifier les moyens pris par les parents pour cesser la succion. L'étude, qui se veut descriptive et de nature exploratoire, utilise une partie des modèles écologique et bioécologique de Bronfenbrenner (1979, 1986, 1994). Les approches qualitative et quantitative se combinent dans la construction et la validation d'un questionnaire adressé à 449 parents d'enfants à la maternelle sur le territoire de Lanaudière. Les résultats montrent une relation significative entre certaines croyances des parents et le comportement de succion de leur enfant. Par exemple, les parents qui offrent le biberon croient davantage que la succion digitale est une habitude plutôt qu'un besoin alors que c'est l'inverse pour les mères qui allaitent au sein. Pour leur part, les parents d'enfants suceurs à la maternelle croient davantage que sucer son pouce répond à un besoin et que c'est une pratique sécurisante. Dans une optique de meilleure compréhension de la succion non nutritive prolongée, il importe de s'attarder aux croyances des parents. En effet, plusieurs auteurs suggèrent un lien de cause à effet entre les croyances et le comportement d'un individu. Les moyens pris par les parents pour cesser l'allaitement

au sein et au biberon se retrouvent très majoritairement dans les théories psychocognitives (ex. : cesser le biberon le jour et ensuite le soir) de Bertrand (1998). Sous l'angle de la succion non nutritive, les résultats montrent que l'arrêt de la succion de la suce s'inspire des moyens reliés surtout aux théories psychocognitives (exemple: couper progressivement des tranches de la suce) et personnalistes (exemple: vouloir être grand). La succion du pouce et de l'objet a plutôt cessé avec des moyens reliés davantage aux théories sociocognitives (exemple: recours à des professionnels) et technologiques (exemple: donner un cadeau) pour l'arrêt entre 0 et 5 ans. Des études menées dans d'autres territoires québécois et reliées aux moyens pris par les parents, les enseignants et les professionnels à l'école seraient des voies intéressantes à examiner dans des recherches futures. Des pistes sont suggérées pour évaluer des programmes d'éducation parentale. Il apparaît important d'intervenir d'abord sur les croyances parentales et ensuite sur les moyens pris par ces derniers pour arrêter l'habitude de succion prolongée des enfants.

Table des matières

Liste des tableaux	vi
Liste des figures	viii
Introduction	1
CHAPITRE 1 : Situation du problème	3
1.1 Présentation du centre d'intérêt	4
1.2 Identification du problème	7
1.3 Importance de la recherche	11
1.4 Questions de recherche	12
CHAPITRE 2 : Cadre de référence et recension des écrits	14
2.1 Cadre de référence	15
2.2 Recension des écrits	18
2.2.1 Croyances, attitudes des parents	19
2.2.2 Habitudes des enfants	24
2.2.3 Éducation	31
2.2.4 Succion nutritive et non nutritive	42
2.3 Objectifs de recherche	71
CHAPITRE 3 : Méthode	73
3.1 Participants	74
3.2 Type de recherche	77
3.3 Construction et validation de l'instrument de mesure	78
3.4 Déroulement et collecte des données	100
3.5 Plan d'analyse des données	101

CHAPITRE 4 : Résultats	104
4.1 Première question de recherche	106
4.2 Deuxième question de recherche	116
4.3 Troisième question de recherche	124
4.4 Quatrième question de recherche	128
 CHAPITRE 5 : Discussion et limites	 140
5.1 Discussion	141
5.2 Limites	175
 Conclusion	 181
 Références	 185
 Appendices	 202

Liste des tableaux

Tableau

1	Prévalence concernant la succion du pouce	8
2	Tableau général des théories contemporaines de l'éducation . .	32
3	Stades de la période de l'intelligence sensori-motrice	37
4	Facteurs reliés significativement au biberon	44
5	Facteurs reliés significativement à l'allaitement au sein	45
6	Facteurs reliés significativement à la suce	50
7	Facteurs reliés significativement à la succion digitale prolongée . .	51
8	Structure de la première version du questionnaire	79
9	Structure de la seconde version du questionnaire	86
10	Structure de la troisième version du questionnaire	90
11	Énoncés selon les dimensions reliées à la succion et aux croyances	94
12	Qualités métrologiques des énoncés	98
13	Pourcentages des enfants selon leur expérience de la succion digitale en fonction de la succion nutritive	105
14	Moyennes et écarts types des énoncés	106
15	Matrice des intercorrélations	109
16	Comparaison de moyennes a posteriori des croyances pour les trois groupes de succion nutritive	111

17	Comparaison de moyennes a posteriori des croyances pour les trois groupes de succion non nutritive	113
18	Moyennes des composantes affectives, comportementales et cognitives en fonction des blocs nutritifs et non nutritifs	115
19	Moyennes et écarts types pour les formes d'alimentation en fonction de l'âge du début et d'arrêt (mois)	117
20	Pourcentages des individus responsables des moyens pris pour cesser la succion nutritive et non nutritive	119
21	Pourcentages des théories en éducation en fonction des formes de succion nutritive et non nutritive	121
22	Pourcentages des enfants suceurs de pouce actuels en fonction des types de succion et des théories en éducation	124
23	Fréquence de la succion digitale selon les moments, de la naissance à hier	129
24	Pourcentages de la succion digitale selon le lieu	131
25	Prévalence selon l'expérience de la succion digitale dans la fratrie des groupes d'enfants suceurs et non-suceurs à la maternelle	132
26	Prévalence selon l'expérience de la succion digitale des parents en fonction des groupes d'enfants suceurs et non-suceurs à la maternelle	132
27	Moyennes des dix croyances auprès des parents d'enfants suceurs de pouce	134
28	Comparaison a posteriori des croyances pour le groupe des suceurs actuels et pour le groupe des non-suceurs à la maternelle	137

Liste des figures

Figure

1	Courbe de la prévalence en fonction de l'âge selon Johnson et Larson (1993)	9
2	Cadre de référence selon les modèles de Bronfenbrenner (1979, 1986, 1994)	17
3	Les valeurs et les attitudes dans l'univers des croyances selon Fontaine et Trahan (1990)	20
4	Schéma des sens en fonction de la mémoire et de l'oubli	30
5	Type de succion nutritive et non nutritive selon Turgeon-O'Brien et al. (1996)	43
6	Schémas de la relation primaire avec la mère et l'objet transitionnel selon Winnicott (1975)	48
7	L'évolution de la succion du pouce selon Larsson et Dahlin (1985)	50
8	Répartition de l'échantillonnage	76
9	Prévalence de la succion nutritive selon l'âge	118
10	Prévalence de la succion non nutritive selon l'âge	118
11	Évolution de la succion non nutritive chez les enfants suceurs actuels et les suceurs ayant cessé entre 0 et 5 ans en fonction des théories en éducation	126

Remerciements

Le désir de remercier les personnes reliées à la réalisation de ce mémoire s'exprime en premier lieu à Madame Rollande Deslandes, directrice de recherche. Le respect, l'écoute et l'excellence sont pour elle une habitude et ce fut un privilège d'apprendre en l'ayant pour guide. Ma gratitude va également à Madame Danielle Leclerc, consultante de recherche. Ses conseils et sa soif de découvrir des nouveautés se sont avérés des plus stimulants.

L'apport des directions d'école, des enseignants à la maternelle ainsi que les parents et les enfants fut essentiel. Je vous adresse mes sincères remerciements. La collaboration de collègues a facilité l'organisation de cette étude, merci à chacune d'entre elles, et particulièrement à Madame Johanne Mandeville pour son soutien.

Pour sa part, le CLSC de Joliette m'a appuyé par un support humain et technique, je l'apprécie grandement. L'Ordre des Hygiénistes dentaires du Québec a accordé une bourse de perfectionnement à cette recherche et facilitera sa diffusion ultérieure, je vous exprime ma gratitude. À tous les oubliés, tout simplement merci!

La plus vive reconnaissance s'adresse à des amis précieux et à la famille qui ont partagé les hauts et les bas depuis le début de l'aventure à la maîtrise, je vous remercie d'être là. Tout au long de ce cheminement qualitatif et quantitatif, la variable la plus importante m'apparaît être l'amour entre une mère, deux enfants extraordinaires, Sandra et Eric, et un conjoint exceptionnel, Roger Trudel. Merci !!!

Introduction

La recherche se divise en deux principales catégories : la recherche quantitative et qualitative (Robert, 1988). Cette dernière s'inspire des faits sur le terrain et selon sa démarche, elle rejoint ultimement les postulats théoriques. À l'inverse, la démarche quantitative prend assises sur la rhétorique et se dirige ensuite vers la réalité factuelle. L'étude actuelle a commencé dans le courant qualitatif pour mener ensuite à l'approche quantitative. Cette démarche a permis de mieux répondre à nos questions de recherche et de choisir une méthode appropriée aux objectifs poursuivis dans l'étude.

Cette recherche veut donc contribuer à l'avancement des connaissances en effectuant un portrait descriptif des habitudes des enfants tout en approfondissant le concept des croyances parentales. Le cadre théorique s'appuie principalement sur le modèle écologique de Bronfenbrenner (1979, 1986) puisque les interrelations entre les systèmes convient bien à la problématique à explorer.

Le premier chapitre est consacré au problème étudié. Le deuxième chapitre traite du cadre de référence et de la recension des écrits tandis que le troisième chapitre approfondit la méthode. Le quatrième chapitre présente les résultats tandis que leur analyse est réalisée au cinquième chapitre. De nombreux tableaux, figures et appendices facilitent la compréhension tout au long de cette démarche.

CHAPITRE 1

Situation du Problème

CHAPITRE 1

Situation du Problème

La présente démarche commence par la présentation du centre d'intérêt et permet d'identifier le problème. Celui-ci se rattache à l'importance de la recherche et nous conduit aux questions de recherche.

1.1 Présentation du centre d'intérêt

Le centre d'intérêt est pertinent en éducation. Il s'agit d'examiner la relation entre les croyances des parents et les habitudes des enfants. La famille est composée de parents et d'enfants en interactions continues (Julien, 1999). Dans cette dynamique, l'environnement a son rôle à jouer dans le développement optimal de l'enfant (Larsson, 1986). Aucun aspect n'est plus important que la qualité des soins affectifs donnés à l'enfant. On n'est pas parent par instinct, c'est un processus qui s'apprend (Whaley & Wong, 1992). De plus, un des postulats du modèle de l'influence séquentielle soutient que les premières années de vie déterminent le succès futur de l'enfant et que les parents ont la responsabilité des premières phases critiques de l'apprentissage qui préparent l'enfant à l'entrée scolaire (Piaget & Inhelder, 1969, cités dans Deslandes, 1996).

L'enfant naissant est complètement dépendant des adultes pour pourvoir à ses nombreux besoins, en l'occurrence les besoins physiologiques reliés à la survie. Ainsi, tous les sens sont sollicités chez un bébé naissant : vision, toucher, odorat, ouïe, goûter (Besmajian, 1977). Ces sens sont tellement essentiels à la naissance qu'ils sont reliés à différents réflexes. Pour leur part, les six réflexes archaïques ou automatismes primaires en néonatalogie (Laugier & Gold, 1991) incluent celui de la succion pour

permettre à l'enfant de s'alimenter au sein ou au biberon. L'alimentation fait partie des principales fonctions physiologiques de la cavité orale qui sont la respiration, la déglutition, la mastication et la parole (Stuart, 1995).

La bouche est le principal lieu de transaction entre le jeune enfant et l'environnement (Moore & Ruark, 1996; Rochat, Goubet & Shah, 1997). Selon plusieurs auteurs, les activités de la bouche sont :

- l'instrument pour l'expression des émotions (Darwin, 1872);
- la première expression comportementale de l'intelligence sensori-motrice (Piaget, 1967);
- la source originelle du plaisir (Freud, 1905);
- le berceau des perceptions (Spitz, 1965);
- les activités oro-motrices comme la succion non nutritive (Wolff, 1968);
- l'expression (Nelson & Hann, 1996; Sameroff & Emde, 1993);
- la succion nutritive (Wolff, 1968);
- l'exploration orale et buccale (Rochat, 1987);
- la coordination œil-main-bouche (Butterworth & Hopkins, 1988);
- la parole et le babillage (Moore & Ruark, 1996);
- la déglutition (Moore & Ruark, 1996);
- la respiration (Moore & Ruark, 1996);
- la mastication (Moore & Ruark, 1996);
- l'alimentation et l'ingestion de liquides (Moore & Ruark, 1996).

En plus des nombreuses activités orales relevées par ces auteurs, Peterson, Campise, Azrin et Nathan (1994) mentionnent que les habitudes orales sont composées d'une variété de comportements dont le bruxisme nocturne, le bruxisme diurne et les morsures, le mordillement, le lèchement des lèvres ou des joues ou du palais. Compte tenu de la grande variété de comportements oraux, nous avons convenu d'en approfondir un en particulier, soit la succion. La succion nutritive et la succion non nutritive en sont les deux principales composantes, amenant la satisfaction de l'enfant (Turgeon-O'Brien, Lachapelle, Gagnon, Larocque & Maheu-Robert, 1996). Les conséquences de la succion sont très variables (Buithieu & Dubé, 1996; Larsson, 1994).

Généralement bien acceptée chez un bébé naissant, la succion non nutritive devient souvent marginale à l'école (Mahalski & Stanton, 1992). Le parent la tolère à différents degrés et expérimente diverses stratégies pour inciter l'enfant à s'arrêter, souvent avant l'éruption des dents permanentes car les coûts des traitements orthodontiques peuvent s'élever à plusieurs milliers de dollars (Lavoie, 1995). Ce phénomène intéresse également les psychologues et psychiatres qui le perçoivent comme étant un besoin (Lévy, 1928), un symptôme (Klein, 1971), un tic (Charland & Perreault, 1984) ou un comportement inadapté (Vincent, 1981). Les pédiatres Peterson et Schneider (1991) et des infirmières (Whaley & Wong, 1992) considèrent plutôt que la succion non nutritive, dont celles des doigts, est une habitude orale ayant des conséquences positives ou néfastes, selon l'âge des sujets. Ainsi, ce sujet intéresse plusieurs professionnels qui interviennent auprès des enfants. Il est d'intérêt populaire

et scientifique. Les problèmes reliés à la succion sont élaborés dans la prochaine section.

1.2 Identification du problème

L'état des connaissances en regard de la succion semble insuffisant au Québec. On a très peu de connaissances sur les croyances des parents et sur les moyens pris par ces derniers à l'égard du comportement de succion chez leur enfant. Les croyances ont un lien étroit avec les comportements (Ajzen, 1991). De leur côté, Valois, Godin et Desharnais (1991) associent les croyances aux attitudes cognitives dans les théories de prédiction du comportement. Ces croyances sont fortement influencées par les pratiques, selon ces auteurs (Ajzen & Fishbein, 1980; Eagly & Chaiken, 1993; Pajares, 1992 ; Rokeach, 1986 cités dans Brodeur, Valois, Dussault & Villeneuve, 1999). Toutefois, les pratiques sont peu connues en ce qui concerne les habitudes orales chez les enfants. Celles-ci sont reliées aux fonctions et aux activités buccales pour s'alimenter, parler, respirer, socialiser, etc. (Moore & Ruark, 1996; Rochat, Goubet & Shah, 1997). Compte tenu de la grande variété de comportements oraux, nous approfondissons uniquement celui de la succion. Pourquoi ce dernier ? Tout simplement parce que les parents nous demandent d'intervenir à l'école et que certains sont inquiets, entre autres, de la position future des dents et de l'apparence physique de leur enfant. Ce sujet est bien documenté par rapport à certains aspects tandis qu'il est insuffisant à d'autres égards. Le tableau 1 évoque 24 études traitant de la prévalence de la succion depuis la fin des années 20.

Tableau 1
Prévalence concernant la succion du pouce

Auteurs	Année	N	Âge	Prévalence
Lévy ²	1928	212	?	4% à 25%
Lewis ²	1930	30	1 – 5 ans	18% à 41%
Kunst ²	1948	143	12 mois	100%
Neumann ¹	1948	117	6 – 14 ans	61%
Klackenberg ²	1949	259	4 – 6 ans	50%
Yarrow ²	1954	68	4 – 17 ans	64%
Brazelton ¹⁻²	1956	70	0 – 1 an	87%
Traisman & Traisman ²	1958	2650	0 – 16 ans	46%
Kantorowicz ¹	1959	259	3 – 5 ans	86%
Schützmannsky ¹	1959	1006	3 – 4 ans	83%
Honzik & Mackee ²	1962	931	0 – 4 ans	45%
Eismann ¹	1964	2600	6 – 7 ans	77%
Heckmann ¹	1964	104	0 – 2 ans	87%
Bowden ¹	1966	116	2 – 8 ans	76%
Larsson ¹	1971	920	9 ans	72%
Nanda et al. ³	1972	2500	2 – 6 ans	8%
Kohler & Holst ³	1973	1567	4 ans	41%
Ravn ¹⁻³	1974	248	3 ans	7% pouce, 36% suce
Infante ³	1976	680	2 – 5 ans	5 ans = 15%
Svedmyr ³	1979	462	3 – 5 ans	18% pouce, 24% suce
Modeer et al. ³	1982	588	4 ans	13% pouce, 31% suce
Adair et al. ³	1995	218	2 – 4 ans	55% suce
Farsi et al. ³	1997	583	3 – 5 ans	11% pouce, 38% suce
Warren et al. ³	2000	1458	0 – 4 ans	20% à 4 ans

Sources :

- Ravn (1974)
- Mairesse (1978)
- Warren, Lévy, Nowak & Tang (2000)

Il est reconnu que la succion commence dès la naissance en étant soit nutritive par le sein, le biberon ou la tasse et non nutritive par le pouce, les doigts, la suce ou d'autres objets variés (Turgeon-O'Brien, Lachapelle, Gagnon, Larocque & Maheu-Robert, 1996). La prévalence varie beaucoup selon l'âge de l'enfant. Johnson et Larson (1993) situent globalement la prévalence selon la courbe suivante :

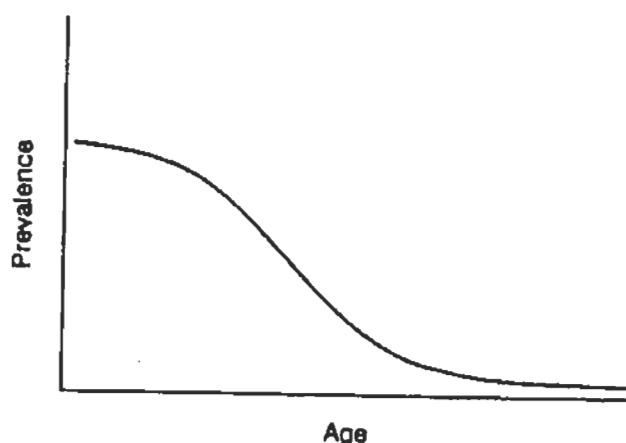


Figure 1. Courbe de la prévalence en fonction de l'âge selon Johnson et Larson (1993).

Il n'est pas possible de dresser une telle coupe transversale chez la population québécoise à cause du faible nombre d'études sur ce sujet. Ce phénomène est relativement peu connu en santé et en éducation, ce qui laisse fréquemment les familles isolées et démunies face à ce problème apparaissant parfois à l'école. Parmi les 27 conséquences négatives dégagées par Johnson et Larson (1993) chez les suceurs persistants figurent entre autres, la croissance bucco-faciale modifiée, le déséquilibre musculaire, la position incorrecte des dents, la déformation des doigts, la prononciation, les risques psychologiques.

De plus, on peut difficilement comparer les résultats des différentes études car la définition du concept varie selon les auteurs (ex. : pouce exclusivement ou tous les doigts); l'échantillon est très variable (ex. : enfants dans des cliniques pédiatriques américaines comparé à des crèches); et la source d'information peut varier (ex. : observation directe en salle d'attente, questionnaire par la poste aux parents), etc. Les instruments de mesure connaissent des différences importantes, ce qui amène une autre difficulté méthodologique.

D'autre part, des dentistes ont établi une relation significative entre certains types de malocclusions dont la cause est attribuée spécifiquement à la succion non nutritive de type digitale (Fournier, 1994). Les psychanalystes situent autrement la variable causale qui devient un symptôme ou même un effet du comportement. Par exemple, la succion digitale est associée à d'autres causes comme l'objet transitionnel, la relation mère-enfant (Winnicott, 1969). Les tenants de l'apprentissage la considèrent plutôt comme étant une réponse apprise, une habitude d'adaptation (Johnson & Larson, 1993). Généralement bien accepté à la naissance, ce comportement devient souvent marginal à l'école (Mahalski & Stanton, 1992). Dans, la prochaine section, il sera question de la délimitation de la recherche et de l'importance d'identifier des variables, des solutions et des moyens adaptés à l'enfant et à son environnement.

1.3 Importance de la recherche

La succion du pouce ou des doigts peut paraître anodine pour des individus qui n'ont jamais été sensibilisés à ce comportement. Pourtant, ce geste devient important pour la famille concernée où les parents démontrent souvent de l'inquiétude, où l'enfant demande d'arrêter sans savoir comment agir. Ainsi, un taux équivalent à 10 % d'enfants en maternelle représente des milliers d'enfants annuellement. Comment expliquer sa persistance ? Des réponses semblent exister dans des études reliées à plusieurs disciplines. Il sera intéressant de se pencher sur cette problématique dans une étude descriptive. Mais pourquoi choisir ce sujet en éducation ? Du côté scolaire, Friman, McPherson, Williams, Warzak et Evans (1993) évoquent la faible acceptation sociale de la succion à l'école tandis que Vincent (1981) démontre que des enseignants se sont impliqués activement dans des techniques d'intervention visant l'arrêt de la succion du pouce. Plusieurs enfants sont concernés par ce problème. Certains veulent arrêter ou se cachent discrètement. D'autres réagissent plus ou moins adéquatement en ridiculisant le suceur de pouce. Ainsi, les professeurs et le personnel non-enseignant sont régulièrement confrontés à ce comportement marginal à l'école primaire.

La présente étude comporte plusieurs limites : un échantillon restreint à une région; l'interaction de plusieurs variables dont quelques-unes sont peu étudiées actuellement; l'étendue parfois contradictoire des connaissances entre les infirmières et les hygiénistes dentaires concernant l'utilisation de la suce; les outils à développer pour étudier les variables auprès des familles; l'approche systémique représentant une avenue

exceptionnelle pour obtenir un portrait relativement complet mais dont les frontières peuvent être sans cesse élargies et dont le contenu peut parfois devenir lourd. Il s'avère alors important d'être très structuré pour délimiter adéquatement le sujet et pour répondre aux questions de recherche.

1.4 Questions de la recherche

Le problème des croyances des parents et des habitudes des enfants apparaît important par rapport aux connaissances actuelles jugées insuffisantes. Il importe d'en connaître davantage sur les aspects nutritifs et non nutritifs de la succion puisque ce phénomène peut amener différentes conséquences désirables et indésirables.

Soulignons que le but de cette recherche est descriptif tout en adoptant le modèle de Bronfenbrenner (1979, 1986, 1994) pour comprendre la complexité et les interrelations entre les différents réseaux. L'enfant est au centre de nos réflexions, contrairement à plusieurs recherches où le phénomène et ses conséquences semblent prioritaires. Ce choix s'explique par notre intérêt à intervenir éventuellement auprès des enfants et de leur famille tout en ayant une solide base théorique.

La théorie s'appuie sur différentes connaissances dans plusieurs domaines, ce qui implique la présence de concepts en santé, en psychologie et en éducation. Elle s'articule par les questions suivantes qui constituent la trame de la présente recherche :

- Quelles sont les croyances que les parents gardent par rapport aux différents types de succion?
- Quels sont les moyens que les parents ont adoptés pour arrêter les différents types de succion ?
- Quelle est la relation entre les moyens pris par les parents et l'arrêt ou la persistance du comportement de succion non nutritive chez l'enfant à l'école?
- Quel est le profil familial de l'enfant manifestant une habitude de succion non nutritive à la maternelle ?

En résumé, le premier chapitre a permis de cerner la situation du problème et l'importance de cette recherche. Quatre questions de recherche suivent afin de dégager les croyances des parents et d'établir un portrait global de l'habitude de succion à la maternelle. L'ordre des questions est établi en commençant par des notions plus générales et se précise, comme un entonnoir, vers le contenu très spécifique. Le cadre de référence est discuté dans la prochaine partie de notre démarche.

CHAPITRE 2

Cadre de Référence et Recension des Écrits

2.1 Cadre de référence

La présente section délimite le cadre de référence utilisé dans cette recherche. L'aspect préventif en santé nous conduit à examiner les variables prédictives de comportements préventifs en matière de santé. Selon Plech (1999), les chercheurs ont traité des aspects suivants : l'histoire familiale des habitudes de santé, l'histoire de santé, le statut socio-économique, le niveau de connaissances, les caractéristiques psychosociales dont les croyances et les attitudes de santé, les caractéristiques du réseau social et les facteurs démographiques. Malgré la difficulté d'établir un consensus clair sur les différents facteurs explicatifs, Bédard (1988, cité dans Plech, 1999) souligne que ce sont les facteurs reliés aux caractéristiques psychosociales (ex. : croyances et attitudes de santé) qui prédisent le mieux l'adoption de comportement en santé. Ainsi, les attitudes expliquent 12 à 30 % de la variance, aucun facteur ne dépassant le 30 %.

La famille représente, par sa relation privilégiée entre l'enfant et le parent (Bouchard, 1981) et par sa collaboration avec l'école (Epsein, 1992), la voie principale à étudier. Un modèle théorique souple et global tel que celui de Bronfenbrenner (1979) paraît très adapté à cette étude. Il est présenté brièvement dans les prochaines lignes.

En 1979, Bronfenbrenner présente l'essentiel de sa théorie où les interactions de l'environnement traitent des aspects physique, social et humain. Il innove en ajoutant l'exosystème au microsystème et au mésosystème. Il tient compte de l'individu et de son milieu de vie où les interactions influencent simultanément tous les systèmes.

En 1986, Bronfenbrenner a développé sa théorie en ajoutant la notion de « chronosystème ». Ce dernier correspond à l'influence cumulative des différents milieux. Les notions de temps passé, présent et futur ainsi que le développement y sont omniprésents, ce qui reflète bien l'évolution de l'enfant et de tout être humain. Il effectue, en 1992, une analyse de la famille où l'enfant est toujours le centre de ses intérêts. Il apporte cinq propositions fondamentales qui établissent les prémisses d'un développement harmonieux de l'enfant.

En 1994, Bronfenbrenner et Ceci répondent au débat sur la nature (génétique) par rapport à la nurture (environnement). Ils incluent ces deux aspects dans le développement de l'enfant qui prend origine dans les génotypes des parents. Dans le modèle de Bronfenbrenner (1979, 1986, 1994), deux notions que l'auteur a traitées sont absentes visuellement des schémas qui illustrent sa théorie. Les notions à schématiser sont celles du temps (passé, présent, futur), soit le chronosystème (Bronfenbrenner, 1986) et celle de la génétique (nature) par rapport à l'environnement (nurture) (Bronfenbrenner & Ceci, 1994). Ce débat entre l'hérédité et l'environnement est toujours présent. Netchine-Grynberg (1999) adhère à cette position en approuvant l'intégration des deux tendances par une perspective globale où la complexité de systèmes est prise en considération. La figure 2 illustre la relation entre les systèmes, le temps par le chronosystème ainsi que l'apport de la génétique et des phénotypes parentaux en s'inspirant des modèles écologique et bioécologique de Bronfenbrenner (1979, 1986, 1994).

MODÈLE ÉCOLOGIQUE DE BRONFENBRENNER (1979, 1986)

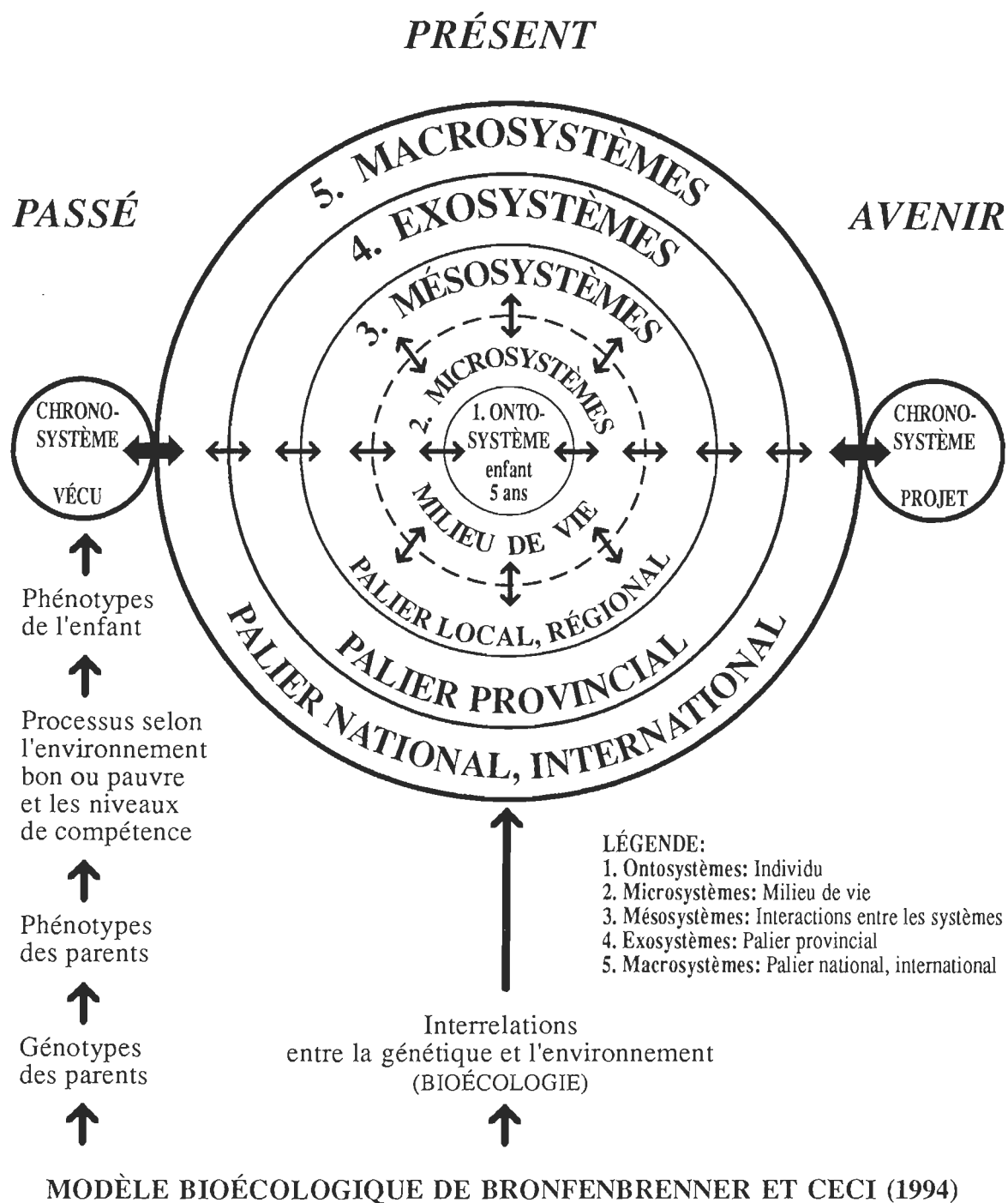


Figure 2. Cadre de référence selon les modèles de Bronfenbrenner (1979, 1986, 1994).

Il est évident que le modèle de Bronfenbrenner (1979, 1986, 1994) est très complet tout en permettant de tenir compte de l'évolution des enfants et de leur environnement, des similarités et des différences entre les systèmes. Considérant toutefois les cinq systèmes, nous miserons particulièrement sur le développement de l'enfant, la relation parent-enfant ou mère-enfant selon les études. L'école et les professionnels de la santé seront inclus brièvement dans nos priorités reliées à l'ontosystème de l'enfant, aux microsystèmes et aux mésosystèmes. Nous n'avons pas réussi à dénicher des articles appliquant directement ce modèle de Bronfenbrenner (1979, 1986, 1996) aux variables principales de cette étude, soit les habitudes et les croyances. Nous devons alors effectuer la démarche de façon exploratoire, en reliant différentes variables entre elles, ce qui constituera la trame de la recension des écrits et des outils pour réaliser la cueillette des données. Ainsi, la prochaine partie abordera différentes variables reliées aux cinq propositions ou aux dimensions personnelles, familiales ou sociales de l'enfant tout en ayant le souci de les situer selon le chronosystème.

2.2 Recension des écrits

La recension des écrits comprend quatre volets. Le premier aborde les croyances et les attitudes des parents. Le second traite des habitudes des enfants alors que le troisième rallie le domaine de l'éducation. Nous terminons par la succion nutritive et non nutritive qui constitue l'habitude infantile étudiée dans cette recherche.

2.2.1 Croyances, attitudes des parents

Selon Pouliot (1998), Rokeach (1968, 1973, 1984) ainsi que Fishbein et Ajzen (1975, 1980) sont les auteurs les plus fréquemment cités en regard des croyances et attitudes. En 1975, Fishbein et Ajzen considéraient que les croyances reflètent la compréhension qu'une personne a d'elle-même, d'un objet ou de son environnement. En 1980, ils associent les attitudes aux comportements tout en spécifiant que les attitudes correspondent à l'ensemble des connaissances d'un individu sur un sujet particulier tout en étant favorable ou défavorable. Cette conception des croyances est stable dans leurs travaux tout en élaborant leurs théories prédictives du comportement. Ils établissent un lien causal entre les croyances, les attitudes, l'intention et le comportement (Pouliot, 1998).

Rokeach (1968, 1973, 1984) croit pour sa part qu'une croyance inclut trois composantes : cognitive (connaissances ou certitudes), affective (émotions ou affect) conative (comportement ou prédisposition à l'action). Une valeur est une croyance persistante tandis qu'une attitude est un ensemble de croyances qui prédisposent à l'action (Pouliot, 1998).

Inspirés de Rokeach (1986), Fontaine et Trahan (1990) apportent des nuances puisque la croyance est l'élément fondamental des attitudes et des valeurs. Leur schéma montre l'univers des croyances dont certaines constituent les attitudes et les valeurs.

De leur côté, Kellum, Gross, Hale, Eiland et Williams (1994) notent que les attitudes parentales sont souvent citées dans les recherches sur la succion , entre autres celles de Fletcher (1975); Illingworth (1987); Wright, Schaefer & Solomons (1979). Ces derniers n'ont pas fait une étude détaillée des attitudes parentales. Ils se sont limités à des affirmations incluses dans la documentation.

Van Norman (1985) rallie les attitudes et la succion digitale dans l'article « Digit sucking : it's time for an attitude adjustment or a rationale for the early elimination of digit sucking habits through positive behavioral modification ». Elle souligne que les attitudes parentales sont plus intolérantes, négatives lorsque l'enfant vieillit et qu'il est préférable d'intervenir précocement en ayant des attitudes positives et constructives qui conduisent au succès.

Friman, McPherson, Williams, Warzak et Evans (1993) évoquent aussi les attitudes. Ils mentionnent que la succion du pouce est bien acceptée chez les jeunes enfants mais elle est moins commune chez les enfants plus âgés. À l'école, la succion est peu acceptée socialement par les pairs et cette acceptation est un déterminant important du développement social. Les enfants risquent alors de développer des problèmes sociaux ou émotionnels. Ces problèmes ont été étudiés dans de nombreuses recherches et les résultats sont contradictoires (Friman et al., 1993; Mahalski & Stanton, 1992).

Croyances

La relation entre les pratiques et les croyances a été vérifiée dans plusieurs recherches (Ajzen & Fishbein, 1980; Eagly & Chaiken, 1993 ; Pajares, 1992; Rokeach, 1986 cités par Brodeur, Valois, Dussault & Villeneuve, 1999). Les croyances des parents ont été approfondies dans différents modèles. Siegel (1985) s'intéresse à l'explication des liens entre les croyances, les comportements des parents et le développement de l'enfant. Les croyances des parents et leur niveau d'éducation sont aussi analysés selon leur comportement (Siegel, 1985). L'aspect culturel y est présent, conformément au modèle écologique de Bronfenbrenner (1977). Il est alors convenu de tenir compte des croyances parentales car nous nous adressons aux parents. D'autre part, Smetana (1994) s'intéresse à l'origine et à l'évolution des croyances des parents.

En résumé, les croyances sont reliées aux connaissances que le parent tire de sa propre expérience et également de la culture. L'aspect personnel était déjà ressorti par Le Bon, en 1918. Jadis, les croyances étaient acceptées sans discussion, de par leur origine divine. Aujourd'hui, nous savons qu'elles sont issues de l'individu même (Le Bon, 1918). Pour leur part, Deconchy, Quelen et Ragot (1998) affirment que les individus utilisent généralement leurs connaissances. En situation de non-contrôle cognitif, ils utilisent alors des croyances pour résoudre le déséquilibre cognitif ou le problème non résolu.

À l'égard de la culture, Bronfenbrenner (1977) a montré l'importance du macrosystème dans la communication des normes culturelles au sujet des enfants. Il existe des croyances différentes selon les peuples, celles-ci se reflétant dans les comportements individuels. Elles se négocient et se construisent différemment selon les individus. Un exemple de croyance culturelle est le nombre de boires au sein par jour. Selon l'étude réalisée par Manz, Hof et Haschke (1991) dans 22 villes européennes différentes, ce nombre de boires peut varier de 5 à 9 même si les besoins nutritifs sont similaires au même âge. Les auteurs ont conclu qu'il existe alors une interprétation culturelle des besoins de l'enfant et de la mère car la méthode était uniforme et l'étude avait lieu à la même période.

Les croyances relatives à la succion nutritive ont été évaluées par Wagner et Wagner (1999). L'allaitement au sein est significativement relié aux croyances associées à un moyen qualifié de facile, meilleur pour la santé, bon pour se rapprocher du bébé, naturel, protecteur contre les infections, économique, aide pour surveiller l'alimentation. Les croyances relatives à ces inconvénients évoquent les interférences d'horaire, l'incapacité des autres à nourrir l'enfant, des inconforts physiques (Libbus, Bush & Hockman, 1997).

D'autre part, la succion nutritive au sein est analysée selon de nombreux modèles incluant ceux qui intègrent les composantes de l'attitude, dont la croyance des professionnels (Burglehaus & Sheps, 1997). Les recherches de prédiction (Kloebben, Thompson & Miner, 1999) ou les recherches portant sur les facteurs influençant le

début et la durée de la succion nutritive sont très en vogue (Scott & Binns, 1999). La nature multifactorielle de l'allaitement au sein est prise en considération dans la promotion et les recherches actuelles.

En résumé, la première variable reliée aux croyances des parents montre des axes de recherche à étudier plus précisément, en regard de la succion. Contrairement à Fishbein et Ajzen (1980), le but de cette recherche n'est pas prédictif. Le modèle de Rokeach (1968), incluant les trois composantes cognitives, affectives et conatives des croyances devient pertinent pour cette étude. Nous approfondissons les habitudes dans la prochaine section.

2.2.2 Habitudes des enfants

La seconde variable à l'étude concerne les habitudes des enfants. Afin de bien comprendre ce concept, il est nécessaire d'en dégager un bref historique. Aristote semble être le fondateur de deux expressions reliées aux habitudes « Une fois n'est pas coutume » et « L'habitude est une seconde nature » (Aristote & Tricot, 1959; 1988). À son avis, l'habitude naît du premier acte qui se répète. Cette répétition est une condition afin que l'habitude se forme progressivement chez les humains.

En 1997, Sy Park Hwang rédige une thèse de doctorat sur l'habitude. Il souligne l'apport de trois auteurs notables en lien avec ce sujet, soit Maine de Biran (1803), Ravaisson (1838) et Bergson (1962). Les deux premiers auteurs ont écrit chacun un

mémoire qui a été publié intégralement 150 ans plus tard. Un lien avec le chronosystème est ainsi établi.

En 1803, Maine de Biran présente deux catégories d'habitudes, celles qui sont passives et actives. Les habitudes passives se rattachent aux sensations, à l'imagination et aux sentiments. Il explique que les sensations s'atténuent graduellement et deviennent ainsi de plus en plus nécessaires. Par exemple, l'ouïe devient de plus en plus insensible aux bruits violents, s'ils sont continus ou répétés. Si l'organisme s'adapte au changement, il fait ensuite un effort pour avoir l'ensemble du corps en équilibre. Ainsi, le mouvement devient insensible à lui-même et ne se manifeste plus à la conscience que par le produit résultant du mouvement. Pour sa part, l'habitude active utilise surtout la mémoire, ayant les composantes mécaniste, représentative et sensitive, et elle insiste particulièrement sur la réflexion antérieure. Donc, les habitudes possèdent certaines caractéristiques : facilité, rapidité, indifférence des sens, légèreté, fixité et automatisme des mouvements, uniformité dans la conscience et la liberté (Maine de Biran & Drevet, 1966).

Ravaisson (1838) s'intéresse plutôt au « pourquoi » de l'habitude, contrairement à Maine de Biran (1803) qui en décrit plutôt ses effets. Ravaisson (1838) aborde positivement les habitudes, où la répétition d'un mouvement le clarifie, le facilite, assure son perfectionnement. Elle permet de libérer l'intelligence qui peut se développer davantage, elle est un pont fragile entre les actes volontaires et involontaires. Ainsi, Ravaisson (1838) définit l'habitude comme étant une disposition, à l'égard d'un

changement, engendré dans un être par la continuité ou la répétition de ce même changement. Il insiste sur l'effort qui s'abaisse continuellement et, au terme de sa disparition, l'épanouissement d'un désir naturel fonde ainsi l'effort lui-même. La dualité de la passivité et de l'activité se fond ainsi dans l'unité de l'Etre.

Selon Bergson (1962), l'habitude est un intermédiaire entre l'âme et le corps de l'homme. Elle concrétise les tendances spirituelles dans une attitude corporelle que la vie portait originellement en elle. L'habitude prend deux formes, soit motrice ou intellectuelle. L'habitude motrice se caractérise par la répétition et l'oubli de l'action dans le présent. Elle conserve le passé dans des systèmes d'action en souvenir mais sans représentation. L'habitude intellectuelle utilise plutôt des images dans ses souvenirs et d'autres parties de la mémoire.

Le concept d'habitude devient plus opérationnel avec Bergson (1962) et Baumstilmer (1969) qui l'ont rajeuni avec l'automatisation du comportement, les degrés de conscience et d'effort réduit en étant les principales caractéristiques. Ils y ajoutent l'importance de la situation, de la difficulté à l'étudier, des automatismes complexes comme la résolution de problèmes en mathématique. L'apprentissage et l'habitude semblent posséder des points communs. Les deux concepts sont approfondis dans la prochaine section.

Habitudes et apprentissage

Il est pertinent de se demander quelle est la différence entre un apprentissage, un automatisme ou une habitude car les trois incluent, selon Holender (1980), à prime abord, la notion de durabilité et de répétition. Dans le traitement de l'information, si la séquence est longue, l'effet de répétition du même signal et l'effet d'alternance avec des signaux différents résulteraient d'une stratégie délibérée du sujet pour se préparer à une récurrence facile à identifier. Dans le cas de répétitions courtes, la rupture des séquences n'affecte pas la performance. C'est ce résultat qui est attendu dans l'activation automatique (Holender, 1980). Donc, la majorité des répétitions reflètent surtout une activation passive et automatique plutôt qu'une stratégie délibérée du sujet. Dans cette optique, un automatisme est une forme d'apprentissage bien intégré (Holender, 1980).

Lepecq, Jochen et Gapenne (1995) affirment que la tendance d'activités réflexes et celle de variations générées par une motricité néonatale spontanée sont compatibles dans les théories du début du développement cognitif. Bolduc (1997), dans son volume sur la psychomotricité et la pédagogie, propose une terminologie récente qui permet d'intégrer plusieurs concepts reliés au développement de l'enfant. Nous adoptons cette terminologie car Bolduc (1997), auteur québécois d'expérience, allie l'aspect biologique de la psychomotricité à l'univers de l'éducation, ce qui nous semble adéquat et judicieux dans la présente étude. Ils sont présentés dans les prochaines lignes.

Réflexes : désigne, « d'une part, un phénomène automatique, involontaire ou inconscient alors même qu'il est produit par une stimulation du milieu ou de l'organisme; d'autre part, un phénomène segmentaire, mettant en jeu un certain nombre d'éléments du système nerveux qui forment l'arc réflexe. » (Bolduc, 1997, p. 483).

Réflexes archaïques : encore appelés « automatismes primaires », ce sont des réponses motrices caractéristiques du nouveau-né obtenues en réaction à des excitations précises. Présents à la naissance, ils disparaissent au cours des premiers mois. (Bolduc, 1997, p. 483).

Automatismes : ensemble des actes réflexes, généralement innés ou acquis, dont la commande échappe à l'activités consciente du sujet. Du point de vue psychomoteur, l'acquisition et l'organisation des automatismes constituent la base de l'élaboration d'une motricité consciente. (Bolduc, 1997, p. 466).

Extinction

L'acquisition des connaissances pour apprendre a fait l'objet de nombreux écrits. Cependant, leur extinction volontaire ou involontaire est moins étudiée (Goupil & Lusignan, 1993). S'il est possible de développer des habitudes, est-il possible de les réduire partiellement ou complètement ? Cet aspect nous intéresse car certaines habitudes peuvent être nocives : cigarettes, obésité, etc. Comment favoriser leur extinction?

Goupil et Lusignan (1993) en font une synthèse par le concept de l'oubli. Ils citent la « decay theory Ebbinghaus » par laquelle un apprentissage s'estompe au fil du temps s'il n'est pas entretenu, semblable à une photo dont les contrastes s'atténuent à l'exposition prolongée au soleil. Dans les années 30, McGeoch et McDonald (cités dans Goupil & Lusignan, 1993) suggèrent l'hypothèse de l'inférence où les apprentissages actuels peuvent interférer sur les connaissances passées ou futures. Par exemple, deux personnes connaissent le français (1^{er} apprentissage); elles souhaitent apprendre l'anglais (2^e apprentissage). L'interférence proactive apparaît lorsque les mots en français se glissent dans un échange en anglais tandis que l'interférence rétroactive est l'opposé, c'est-à-dire que des mots anglais se glissent dans le premier langage appris, en l'occurrence le français.

Pour leur part, Forget, Otis et Leduc (1988) suggèrent plutôt que l'importance accordée à l'information peut influencer sa rétention. Par exemple, une information perçue comme étant très importante est mémorisée tandis que l'information moins importante n'est pas retenue. Cet apprentissage s'estompe. Il existe également un oubli volontaire, par lequel une personne veut oublier une expérience très désagréable, par exemple l'inceste. Ces auteurs suggèrent deux mécanismes pour « désapprendre », soit l'extinction et le contre-renforcement.

Fortin et Rousseau (1989) croient plutôt que l'oubli est un problème d'accès à l'information disponible dans la mémoire. Ce problème serait relié aux stratégies d'apprentissage pour encoder les connaissances ou, d'autre part, à leur rappel et au

décodage à partir de la mémoire à long terme. L'édification du système de connaissance est très complexe et personnelle; il peut s'enrichir par d'autres recherches qui influenceront les connaissances actuelles et leur organisation.

Plus récemment, la métacognition et le constructivisme orientent la façon d'apprendre soit dans l'organisation de l'encodage, le rappel des connaissances antérieures pour renforcer ces apprentissages, etc. Les tenants du traitement de l'information proposent plutôt le mécanisme suivant :

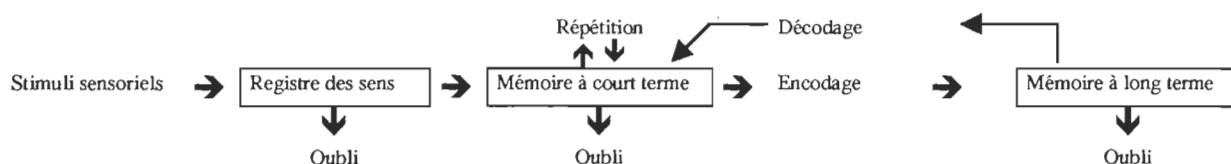


Figure 4. Schéma des sens en fonction de la mémoire et de l'oubli (adapté de Gagné, Brien & Paquin, 1976; Goupil & Lusignan, 1993).

En 2000, Svartaal étudie deux approches comportementales pour faire l'extinction d'un comportement afin de s'adapter à des horaires multiples, soit avec un renforcement intermittent durant l'acquisition et un renforcement continu durant la même étape d'acquisition avec des horaires multiples. Lors de l'extinction du comportement, le groupe ayant une acquisition continue a cessé plus rapidement que celui ayant commencé de façon intermittente. Chez les behavioristes, c'est surtout l'action sur le système stimuli-réponse apprise qui est utilisée pour réussir l'extinction (Leduc, 1985).

En résumé, l'apprentissage d'un comportement intéresse l'humain depuis des siècles. L'habitude s'y rattache en devenant une acquisition ou au contraire une inhibition. L'extinction a été également étudiée selon différents courants. Nous commençons la prochaine section par une approche générale de l'éducation qui se précisera pour faire le lien avec la succion nutritive et non nutritive. L'éducation concerne un grand nombre d'acteurs : les parents, les garderies, les réseaux sociaux dans la petite enfance (Bronfenbrenner, 1992; Deslandes, 1999; Epsein, 1992). À l'âge scolaire, c'est l'école qui en devient le principal acteur (Saint-Laurent, Royer, Hébert & Tardif, 1994). Adulte, c'est la personne elle-même qui devient autonome dans le choix de ses apprentissages, des milieux ou des situations d'apprentissage.

2.2.3 Éducation

Les recherches en neurobiologie et sciences cognitives confirment que nous sommes capables d'apprendre tout au long de notre vie (Trocmé-Fabre, 1999). Il est impossible d'isoler un acte d'apprendre de la boucle interactive de rétro et pro-action et dans la culture occidentale de la triple relation passé-présent-futur.

Parmi les nombreux travaux existants en éducation, nous retenons la classification de Goupil et Lusignan (1993) et celle de Bertrand (1998) puisqu'ils réduisent les risques d'interprétation en étant de la culture québécoise et de publication récente. En effet, le document de Bertrand (1998) est très complet avec sept tendances théoriques qui recourent l'ensemble des théories actuelles en éducation au Québec. Ce modèle

théorique est également utilisé dans la validation de contenu et d'items auprès d'experts.

Le tableau 2 et sa description dans les prochaines lignes permettront de connaître cette approche selon les sept principales théories en éducation.

Tableau 2

Tableau général des théories contemporaines de l'éducation ^a

Théories	Éléments structurants	Auteurs	Sources	Terminologie américaine
Spiritualistes	Valeurs spirituelles inscrites dans la personne, métaphysique, Tao, Dieu, intuition, immanence ou transcendance du cosmos	Barbier, Bucke, Capra, Éliade, Emerson, Ferguson, Fotinas, Harman, Henderson, Jung, Krishnamurti, Lao-Tsu, Leonard, Thoreau, Valois	Métaphysique, philosophies orientales, mystique, taoïsme, bouddhisme, philosophie éternelle	Cosmic consciousness, perennial philosophy metaphysics, eastern philosophy
Personnalistes	Croissance de la personne, inconscient, affectivité, désirs, pulsions, intérêts, le "je"	Adler, Angers, Caouette, Freud, Lewin, Maslow, Neill, Paquette, Paré, Rogers	Psychologie, humaniste, personnalisme, herméneutique, psychanalyse	Romantic humanism, naturalism, non-deterministic free school open education
Psychocognitives	Processus d'apprentissage, connaissances préalables, représentations spontanées, conflits cognitifs, profils pédagogiques, culture pré-scientifique, construction de la connaissance, métacognition	Anderson, Bachelard, Bednarz, Bourgeois, De la Garanderie, Giordan, Larochelle et Désautels, Piaget, Tardif, Taurisson	Psychologie piagétienne, psychologie cognitive, épistémologie constructiviste	Cognitive development, misconceptions, developmental psychology
Technologiques	Multimédiatique, technologies de la communication, informatique, médias, approche systémique de l'enseignement	Briggs, Carroll, Cunningham, Dick et Carrey, Gagné, Glaser, Landa, Mager, McMahon, O'Neill, Prégent, Skinner, Stolovitch	Cybernétique, systémique, théorie des communications, béhaviorisme, psychologie cognitive	Computer-based training, intelligent learning environment, instructional design, minimal training, virtual environment, systems approach
Sociocognitives	Culture, environnement social, milieu ambiant, déterminants sociaux de la connaissance, interactions sociales, communautés d'apprenants, cognition distribuée	Bandura, Barth, A. Brown, J.L. Brown, Bruner, Campione, Clancy, Collins, Cooper, Doise, Duguid, Frenay, Gilly, Greeno, Houssaye, Johnson et Johnson, Joyce, Kagan, Lefebvre-Pinard, McLean, Mugny, Palinscar, Pea, Perkins, Rogoff, Sharan, Sims, Slavin, Viau, Turiel, Vygotsky	Sociologie, anthropologie, psychosociologie	Cooperative learning, cooperative teaching, pragmatism, social cognitive education, socio-conflict, situative learning, distributed cognition, communities of practice, culture embeddedness, social mediation
Sociales	Classes sociales, déterminismes sociaux de la nature humaine, problèmes environnementaux et sociaux, pouvoir, libération ; changements sociaux	Apple, Aronowitz, Bourdieu, Dewey, Forquin, Freire, Giroux, Grand'Maison, Illich, Jantsch, Lapassade, McClaren, Passeron de Rosnay, Shor, Sleeter, Stanley, Toffler, Young	Sociologie, marxisme, sciences politiques, théorie critique, écologie, études féministes, sciences de l'environnement	Progressive education, reconstructivism, marxist theory of education, empowering education, critical teaching, multicultural democracy
Académiques	Contenus, matières, disciplines, raisonnement, intellect, culture occidentale, compétition académique, humanités gréco-latines, logique, œuvres classiques, esprit critique, traditions	Adler, Bloom, Conseil supérieur de l'éducation, Domenach, Éthier, Gadbois, Gilson, Henry, Hursch, Hutchins, Laliberté, Lavallée, Marsolais, Paul, Scriven	Littérature classique, philosophie, culture générale	Basics, classical realism, humanities, essentialism, general education, liberal arts, critical thinking

^a Bertrand, 1998, p. 25.

Les sept théories en éducation

Confronté à une liste exhaustive d'auteurs dans chacune des théories de Bertrand (1998), nous avons choisi les auteurs qui se sont particulièrement penchés sur l'enfance puisque notre clientèle-cible est constituée d'enfants de 5 ans et moins. De plus, s'ils ont directement écrit sur les variables étudiées ou sur le phénomène de succion, ils seront davantage décrits. Nous procédons alors dans l'ordre proposé par Bertrand (1998) pour procéder au traitement des sept théories en éducation.

Théories

a) Spiritualistes

L'éducation par les voies spiritualistes insiste sur les valeurs spirituelles, le cosmos, le mysticisme. Bertrand suggère plusieurs auteurs dont Jung (1977) dans ce courant. Jung (1977) n'évoque pas la succion dans son œuvre; il fait plutôt allusion à l'enfance. Jung décrit le bébé comme étant « l'image de l'enfant divin » (Lemaître, 1991). Jung (1977) dit que l'enfant merveilleux dans les rêves est un archétype du soi, il représente ainsi la relation rêveur moi-soi. Le terme divin nous conduit à Jésus-Christ. Pour sa part, Mairesse (1978) fait allusion au mysticisme lorsqu'elle rappelle une peinture du peintre italien montrant Jésus heureux qui suce son pouce dans un champ de fleurs, en compagnie de Marie. Ce sont les seules relations mystiques que nous avons rapportées dans nos lectures.

b) Personnalistes

Bertrand (1998) souligne que le courant personnaliste est axé sur la personne. Il est réparti en trois tendances : la première sur les écoles nouvelles, la seconde sur la psychologie personnaliste et la troisième sur le fonctionnement en groupe. Les écoles nouvelles, dont Neill (1975) fut l'un des pionniers, étaient caractérisées par la liberté accordée aux enfants. Le second courant fut celui de Maslow (1959), Rogers (1976) et d'autres chercheurs dans lequel les besoins personnels sont à considérer dans le développement de l'humain. « Ils élaborent une nouvelle image de l'être humain : celui-ci possède un amour inné et se réalise en contribuant au bien de la société. » (Bertrand, 1998, p. 50).

Il existe des caractéristiques personnelles à découvrir, des désirs inconscients, des pulsions, des émotions à exprimer. L'individu heureux est libre, authentique, accompli. Il est considéré dans les nombreuses facettes de sa personnalité où le « je », « moi », « surmoi » devraient être en harmonie. Les psychanalystes et les psychologues adoptent cette approche dans laquelle l'individu est un monde en lui-même. Il en ressort différents besoins, ces derniers sont présentés selon Maslow (1959).

Le premier palier correspond aux besoins physiologiques de faim, de soif, etc. Les besoins de sécurité, au second palier, permettent de se sentir à l'abri, de se protéger. Au troisième palier, les besoins d'appartenance et d'amour incitent l'individu à s'affilier aux autres. Quant au quatrième palier, il réfère au besoin d'estime en étant compétent, reconnu, approuvé. Se retrouvent au cinquième palier les besoins cognitifs de

connaître, comprendre, explorer. En sixième lieu, la symétrie, l'ordre et la beauté constituent les besoins esthétiques. Le septième palier, le dernier et non le moindre, est le besoin d'actualisation de soi en atteignant l'épanouissement personnel et la réalisation de ses possibilités. (Maslow cité dans Hilgard, Atkinson & Atkinson, 1980). Par exemple, un nourrisson peut sucer son pouce parce qu'il a faim, qu'il est insécure. Rogers (1976) propose pour sa part dix principes fondamentaux à l'apprentissage. Ces principes deviennent des atouts ou des obstacles au changement de comportement souhaité par les individus entourant l'enfant ou par l'enfant lui-même.

Pour sa part, la troisième tendance de cette théorie personnaliste inclut l'approche de Lewin (1935 cité dans Bertrand, 1998). L'enfant découvre que la réalité est différente de ses désirs, d'où la nécessité d'établir des objectifs et d'avoir les conditions nécessaires pour faire des choix. Donc, les théories personnalistes misent essentiellement sur la non-directivité, l'autonomie et la liberté.

c) Psychocognitives

Bertrand (1998) évoque l'œuvre de Piaget (1967), les connaissances antérieures de Bachelard (1949) et d'autres auteurs constructivistes comme La Garanderie (1990). Nous nous attardons particulièrement à Piaget (1967) en raison de son impact depuis plusieurs décennies. Selon Bertrand (1998), l'optique de Piaget est fondamentalement constructiviste. Nous ressortons les principales caractéristiques de son œuvre, plus particulièrement ses prémisses et les premiers stades du développement.

Les prémisses de Piaget (1967) présentent les deux fonctions biologiques d'organisation et d'adaptation, dont l'assimilation et l'accommodation qui sont essentielles à la survie d'un individu. Elles sont étroitement reliées à l'hérédité, comme les organes spécifiques à l'humain ou les réflexes, et également à l'environnement, comme la stimulation des sens. La fixation héréditaire des phénotypes ou adaptations individuelles n'est pas due à une simple répétition des habitudes qui leur ont donné naissance mais à un mécanisme « sui generis » qui , par récurrence ou par anticipation, aboutit au même résultat chez l'humain.

Piaget (1977) propose six stades, les deux premiers stades faisant partie des adaptations sensori-motrices élémentaires tandis que les quatre stades suivants sont des adaptations intentionnelles. Ils sont hiérarchisés et cumulatifs selon les âges moyens. Les périodes de temps, les étapes selon l'âge chronologique sont relativement semblables pour tous les enfants, peu importe leur nationalité (Hilgard, Atkinson & Atkinson, 1980). Le tableau 3 résume les principales caractéristiques, selon les titres des chapitres rédigés par Piaget (1977).

Tableau 3

Stades de la période de l'intelligence sensori-motrice (Piaget, 1977)

Stade	Caractéristiques
1	L'exercice des réflexes
2	Les premières adaptations acquises et la réaction circulaire primaire.
3	Les réaction circulaires secondaires et les « procédés destinés à faire durer les intéressants spectacles. »
4	La coordination des schèmes secondaires et leur application aux situations nouvelles.
5	La réaction circulaire tertiaire et la découverte des moyens nouveaux, par expérimentation active.
6	L'invention des moyens nouveaux par combinaison mentale

Les deux stades des adaptations sensori-motrices primaires nous intéressent particulièrement pour leur lien avec les réflexes de succion (stade 1), leur automatisation progressive où les réflexes s'intègrent neurologiquement en habitudes acquises spontanément. Les associations sensori-motrices ou transferts associatifs peuvent déclencher la succion par des signaux divers : position, bruits, signaux optiques, etc. (stade 2). Les réactions circulaires proviennent dans le cas de la succion des doigts et de leur protusion de la langue, d'une conduite qui prolonge l'exercice fonctionnel propre au réflexe (ex. : sucer à vide) mais avec l'acquisition de certains éléments extérieurs aux mécanismes héréditaires. Elles se caractérisent par un double aspect où l'acquisition s'effectue par découverte et où l'activité provient du sujet et non du milieu ambiant. Piaget (1977) et son équipe prévoient trois acquisitions dans le mécanisme de succion. Il y a, en premier lieu, la réaction circulaire en jouant de la

langue et en suçant systématiquement le pouce; c'est le prolongement du réflexe tout en étant actif dans l'environnement. En second lieu, l'activité du sujet est réduite en ayant recours à des schèmes « homogènes » ou des accommodations qui se constituent plus ou moins automatiquement. En troisième lieu, la coordination des schèmes hétérogènes s'ajoutent avec la reconnaissance de signaux, par exemple, voir le biberon et se placer en position de tétée.

d) Technologiques

Le courant technologique mise sur la finalité de l'apprentissage, sur la systématisation des démarches et particulièrement sur la poussée technologique. Il inclut, selon Bertrand (1998), le béhaviorisme, la cybernétique, l'approche systémique. Gagné (1996) en fait partie ainsi que Skinner (1954). Parmi les tenants du béhaviorisme, Leduc (1985) est connu pour ses écrits dans cette orientation tandis que Staats (1975) y ajoute une dimension sociale qui ouvre les perspectives. Ils sont abordés de façon très succincte.

Leduc (1985) adopte les deux conditionnements pour inciter un apprentissage, soit le conditionnement classique et instrumental. Pavlov (1955; cité dans Forget, Otis & Leduc, 1992) est le précurseur du conditionnel classique sur le système nerveux autonome et le second est le conditionnement instrumental représenté par Thorndike sur le système nerveux central. Staats (1975) ajoute le conditionnement opérant au niveau du comportement humain complexe où les émotions sont un facteur important pour

déclencher ou contre-conditionner un apprentissage. Le contre-conditionnement consiste à jumeler un stimulus à une réponse émotionnelle (ex. : j'aime) positive plus forte que le stimulus ayant la réponse non désiré (Leduc, 1985). Après un nombre suffisant d'essais, la réponse la plus satisfaisante émotivement (ARD = valeur affective – renforçante – directrice), en vient à remplacer la première. Staats (1975) ajoute un aspect intéressant où il existe une compétition entre les apprentissages.

Ce principe suggère qu'il y a une compétition entre l'apprentissage des comportements normaux et l'apprentissage de comportements anormaux. Il peut y avoir un déficit parce que l'enfant a appris un comportement inadéquat qui empêche l'apprentissage d'un comportement désirable. Le principe de la compétition comportementale peut se formuler de la façon suivante : parfois les comportements sont mutuellement exclusifs, c'est-à-dire que si un comportement appris se produit, l'autre ne peut être appris. (Forget, Otis & Leduc, 1988).

Staats (1975) suggère trois fonctions au stimulus : conditionner, renforcer, diriger. Certains stimuli neutres à l'origine peuvent être associés à d'autres réponses apprises. Il existe des conditions pour faciliter l'apprentissage, tel que l'effort. Le nombre d'essais, l'intervalle de temps entre les stimuli, les programmes de renforcements et dans certaines situations, l'état de privation ou de rassasiement de l'organisme, le rassasiement est plus important puisqu'il amène une réponse positive tandis que la privation est un renforçateur négatif (Staats, 1975). De plus, la satisfaction, la qualité et

le type de conditionnement direct ou indirect peuvent altérer ou améliorer la performance (Thompson & Iwata, 2000).

e) Sociocognitives

Selon Bertrand (1998), les théories sociocognitives exploitent les dimensions culturelles et sociales de l'apprentissage. Ainsi, elles utilisent les interactions du groupe pour faciliter l'apprentissage individuel. Le contexte est primordial. Par exemple, la coopération en équipe permet d'apprendre les rudiments de la négociation tout en utilisant le bagage des pairs dans des situations conflictuelles. L'un des maîtres dans ce courant est Bandura (1977).

Les principes de la théorie de Bandura (1977) peuvent se résumer par l'influence mutuelle, l'apprentissage indirect, la représentation symbolique, la perception de son efficacité, l'autorégulation et la modélisation (Bertrand, 1998). Dans ses applications, l'imitation à la garderie ou à l'école pour respecter l'ordre de prise de parole en est un exemple. Les personnages mythiques comme le Père Noël représentent l'apport de la culture. Il se développe alors des comportements acceptables en société que l'on partage dans notre éducation. D'une certaine façon, il se rapproche de Bronfenbrenner (1977) par l'importance des interactions pour apprendre.

f) Sociales

La particularité des théories sociales est leur désir de changer la société par des mouvements populaires, des revendications, des politiques et règlements qui régissent la collectivité. Selon Bertrand (1998), Freire (1972) en est un représentant par sa pédagogie de la conscientisation dans laquelle l'étudiant est un agent social actif, semblable à un politicien ou à des hauts fonctionnaires. Un exemple de changement social provient des politiques en santé, elles peuvent influencer les choix des parents.

Selon Doré (1998), l'OMS et l'UNICEF ont préparé en 1989, un programme international qui est expérimenté aussi au Québec, il s'intitule « Amis des Bébés ». Ils ont également distribué leur Déclaration sur les 10 conditions pour le succès de l'allaitement maternel OMS/UNICEF. L'OMS a remis aussi un Résumé du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel dont l'un des points concerne les sucres, les tétines.

- Pas de promotion de lait artificiel, sucres ou biberons au grand public;
- Chaque emballage ou étiquette doit clairement mentionner la supériorité de l'allaitement au sein et comporter une mise en garde contre les risques et les coûts de l'alimentation artificielle.

Ces extraits fournissent un exemple d'éducation à la santé dans un réseau social qui inclut tous les paliers, autant internationaux que les rencontres individuelles chez les médecins.

g) Académiques

Ce dernier courant insiste sur la qualité de l'apprentissage, la tradition, la formation générale complète, l'esprit critique à développer tout au long des études et de la vie. Il devient alors important d'être informé, d'avoir recours à des experts pour élaborer ses capacités et son jugement. Par exemple, Lepage et Moisan (1998) ont interrogé des parents sur la source de leurs informations concernant l'alimentation du nourrisson. L'information provient à 80 % de documents écrits tels que livres, revues, dépliants. Les autres sources et influences que les parents ont relatées sont les vidéos, les échanges interpersonnels avec des amis, des parents, des professionnels. Ainsi, la consultation d'experts qui s'expriment par écrit ou par d'autres moyens sont pris en considération et deviennent source d'apprentissage. Nous allons maintenant aborder la dernière partie du cadre théorique en réalisant une description de l'habitude de succion.

2.2.4 Succion nutritive et non nutritive

L'habitude de succion est un élément clé de notre recherche. Ainsi, nous l'examinons selon les thèmes abordés par Charland et Perreault (1984) dans leur recension des écrits. Nous allons y découvrir le concept de succion nutritive et la succion non nutritive, les courants étiologiques, les déterminants, les effets et les moyens pouvant être utilisés pour l'éventuel arrêt de la succion digitale.

La succion peut comprendre plusieurs définitions. Nous référons à deux équipes québécoises, l'une composée de Buithieu et Dubé (1996), l'autre de Turgeon-O'Brien et al. (1996) ainsi que l'auteur européen Larsson (1994), un pilier en succion non nutritive. Larsson (1994), divise la succion en trois types : nutritive (sein, biberon) suçotement (sein, biberon) et non nutritive (pouce, doigts, suce). Le second modèle fait partie d'une recension de la documentation proposée par Buithieu et Dubé (1996). Ce modèle est intéressant car il est plus récent. Il apporte des items nouveaux et plus spécifiques par rapport aux sortes de sucres et il ignore le suçotement au sein très difficile à évaluer car il fait partie des deux catégories simultanément. L'équipe multidisciplinaire d'O'Brien-Turgeon et al. (1996) est composée de nutritionnistes, hygiénistes, dentistes. Ils ont proposé un troisième modèle où la succion nutritive est bien élaborée, tel qu'illustrée dans le schéma suivant.

Succion nutritive	+	Succion non nutritive	=	Satisfaction
- sein		- sein à volonté ou suçotement		
- biberon		- suce		
- tasse		- pouce ou doigts		
		- objets		

Figure 5. Types de succion nutritive et non nutritive selon Turgeon-O'Brien et al. (1996).

Les deux types de succion sont détaillés dans les prochaines lignes en précisant les facteurs qui sont reliés significativement à chacun d'entre eux.

Succion nutritive

Selon Regnière (1999), toutes les croyances et les habitudes alimentaires qui sont véhiculées dans notre culture vont tôt ou tard influencer le comportement alimentaire des jeunes enfants. Nous discuterons des facteurs associés significativement au biberon et au sein.

Biberon

Tableau 4
Facteurs reliés significativement au biberon

Positivement	Négativement
Décision après l'accouchement ¹	Accouchement facile ³
Accouchement non douloureux ¹	
Utilisation par l'infirmière à l'hôpital ²	

Sources

- 1- Lepage & Moisan (1998)
- 2- Golding, Rogers & Emmett (1997)
- 3- Scott & Binns (1999)

Certains facteurs sont significativement reliés au boire au biberon. Ce sont la décision prise après l'accouchement, l'accouchement non douloureux (Lepage & Moisan, 1998) et l'utilisation du biberon par l'infirmière (Golding, Rogers & Emmett, 1997). Une relation inversement proportionnelle s'établit en regard de l'accouchement facile (Scott & Binns, 1999). Les arguments en faveur ressemblent à ceux-ci : l'alimentation sans restriction de la mère, l'incapacité physique ou la douleur sont réduites, libération du boire qui est effectué par d'autres personnes, la composition nutritionnelle est stable et n'amène aucune contamination par le lait infecté.

L'étude de Scott et Binns (1999) démontre aussi la complexité des facteurs reliés au choix de la méthode alimentaire. La mère choisit sa méthode alimentaire selon les bénéfices probables pour l'enfant tout en tenant compte de facteurs relationnels (ex. : présence du père), les besoins d'expertise (ex. : support par une marraine d'allaitement), les conséquences d'organisation (ex. : travail à temps partiel près de la maison) et les circonstances corporelles (ex. : maladie). Ainsi, son choix alimentaire pour l'enfant repose sur des facteurs culturels, sociaux, économiques, éducatifs, physiques et psychologiques. Il est de nature multifactorielle.

Sein

Le portrait multifactoriel de l'allaitement nous incite à reprendre les différents facteurs significatifs reliés à l'allaitement au sein.

Tableau 5
Facteurs reliés significativement à l'allaitement au sein

Enfant	Parents	Autres facteurs environnementaux
↑ Bon état de santé ¹⁻²	↑ Bon état de santé ¹	↑ Aîné de la famille ⁶
↑ Tempérament calme ¹	↑ Éducation supérieure ¹⁻⁶⁻⁷	? Culture ¹
↑ Bon développement psychomoteur ¹⁻⁸	↑ État émotionnel stable ¹	↑ Professionnel ¹
↑ Gain de poids ¹⁻²⁻⁶⁻⁸	↑ Support familial ¹⁻²	? Choix alimentaires ¹
↓ Bébé de petit poids ¹⁻⁵⁻⁹	↑ Statut économique élevé ²⁻⁶	? Milieu rural ⁶
↓ Refus de la suce ¹	↑ Âge adulte ²⁻⁶⁻⁷	↑ Support professionnel ¹⁻²⁻⁸
↓ Refus du sein ⁴⁻⁹	↑ Bon support du père ²	↓ Retour au travail ²⁻³⁻⁹

Tableau 5 (suite)

Facteurs reliés significativement à l'allaitement au sein

Enfant	Parents	Autres facteurs environnementaux
↓ Réduction des douleurs gastriques ¹⁻⁶⁻⁷	↑ Statut marié ²	↑ Promotion médiatique ³
↑ Croyance d'idéal pour l'enfant ³⁻⁸	? Ethnies allaitent plus ²	↑ Support réseau social ²⁻³⁻⁶⁻⁸
? Suce au bébé à terme ⁴	↓ Sentiment de marginalité ³	↑ Soutien à domicile ³
↑ Sucés bébé prématuré ⁴	↓ Classes sociales pauvres ²	↑ Soutien et promotion à l'hôpital ²⁻³⁻⁶⁻⁸
↓ Horaire fixe ⁴	↑ Primipare ²	↓ Suppléments alimentaires ²⁻⁴⁻⁷
↑ Alimentation à 4 mois ou + ⁴	↑ Accouchement facile ²	↓ Prises de formules commerciales ²⁻⁴⁻⁷
	↑ Gain poids 35 lbs ou plus durant la grossesse ²	↑ Normes sociales positives ²⁻⁶
	↓ Surplus poids après l'accouchement ²	↑ Expérience d'avoir été allaitée ⁴
	↑ Décision avant l'accouchement ⁴	↑ Aucun échantillon cadeau à l'hôpital ⁴⁻⁶
	↑ Aucun problème d'allaitement ⁴	
	↓ Cigarette ²	

Sources

- 1- Stevenson & Allaire (1991)
- 3- Scarpellini (1996)
- 5- Nyquist, Sjöden & Ewald (1999)
- 7- Michaelsen (1997)
- 9- Schanler, Hurst & Lau (1999)

- 2- Scott & Binns (1999)
- 4- Lepage & Moisan (1998)
- 6- Golding, Rodgers & Emmett (1997)
- 8- Wagner & Wagner (1999)
- 10- Case-Smith (1988)

Légende

↑ Effet positif significatif ↓ Effet négatif significatif ? contradiction selon les études

Ainsi, environ 50 facteurs sont significativement associés à l'allaitement au sein par rapport à l'enfant, aux parents ou liés à l'environnement. Les humains en retirent

surtout des avantages. Selon la revue « Texas Child Care » (1994), l'ingestion des aliments solides commençait à 12 mois en 1920. Ce délai a changé radicalement pour débiter à 2 ou 3 semaines dans les années soixante. Cependant, les problèmes d'obésité, d'allergies, d'étouffement, de pleurs, de crampes au système digestif ont incité les professionnels à réviser leurs positions. Actuellement, le délai est augmenté à 4 – 6 mois, période où l'enfant possède une meilleure psychomotricité pour s'asseoir, tenir la tête et démontrer de l'intérêt pour différents aliments. On peut même ajouter que l'American Academy of Pediatrics (1997) et le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (1997) prônent l'allaitement au sein strictement jusqu'à 6 mois chez la moitié des mères tandis qu'à la naissance, la proportion visée dépasse le 75 % des mères (AAP, 1997; MSSSQ, 1997).

Les préférences alimentaires sont influencées par les modèles environnants, le contexte social de consommation, le renforcement et la familiarité des aliments (ex. : nombre de fois qu'ils sont consommés dans une journée) ainsi que la relation parent-enfant car l'alimentation est grandement affective, culturelle en plus de favoriser la croissance biologique. De plus, l'environnement optimal pour le développement alimentaire des enfants provient en grande partie des parents dans le choix des aliments nutritifs mais l'enfant doit assumer le contrôle de la quantité consommée (Johnson & Birch, 1994).

Succion non nutritive

La succion non nutritive, telle que proposée dans le modèle de Turgeon-O'Brien et son équipe (1996), inclut le suçotement au sein que nous n'évaluons pas à cause de sa source commune entre la succion nutritive et non nutritive. Cette dernière inclut les objets, la suce, les doigts (Turgeon-O'Brien et al., 1996). Ces trois types de succion non nutritive sont présentés dans la prochaine partie.

Objet

Selon Winnicott (1975), l'objet prend une signification particulière dans la relation mère-enfant, telle qu'illustrée dans le schéma suivant.

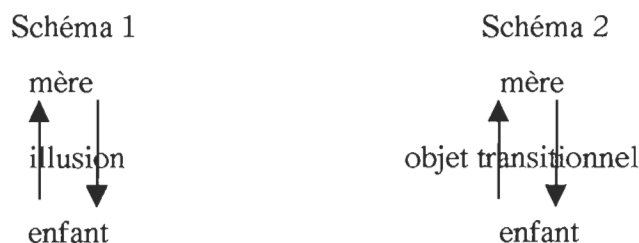


Figure 6. Schémas de la relation primaire avec la mère et l'objet transitionnel selon Winnicott (1975).

Dans le premier schéma, l'enfant a l'illusion d'être fusionné à la mère qui le comble dans tous ses besoins, dans l'ici et maintenant. «C'est sa première possession, il a un contrôle magique sur le sein, lui semble-t-il. Nous constatons que la première relation est associée aux phénomènes auto-érotiques, à la succion du pouce ou du poing et, plus tard, au premier animal moelleux, à la poupée ou à des objets durs. » (Winnicott, 1975, p. 13).

Dans le second schéma, l'objet transitionnel est un symbole de cette relation. Son monde magique lui permet de s'adapter à de multiples expériences dans lesquelles il établit progressivement une distance de sa mère qui est devenue séparée mais présente et disponible. Les parents acceptent intuitivement cet objet si important pour l'enfant; ils accepteront de le laisser sale, difforme. Il est souvent utilisé avant de s'endormir ou durant certaines activités précises. Cet objet possède des caractéristiques spécifiques : il est exclusif à l'enfant, pareil à moins que l'enfant ne le change, résistant à l'amour instinctuel et à la haine, disponible en tout temps, chaleureux, capable de mouvements, consistant pour témoigner d'une certaine vitalité.

« L'objet est voué à un désintéressement progressif et, les années passantes, il n'est pas tant oublié que relégué dans les limbes. Je veux dire par là, que dans un développement normal, l'objet ne va pas « à l'intérieur », et que le sentiment qu'il suscite ne sera pas nécessairement soumis au refoulement. Il n'est pas oublié et on n'a pas non plus à en faire le deuil. S'il perd sa signification, c'est que les phénomènes transitionnels deviennent diffus et se répandent dans la zone intermédiaire qui se situe entre la « réalité psychique interne » et « le monde tel qu'il est perçu par deux personnes en commun », autrement dit, ils se répandent dans le domaine culturel tout entier. » (Winnicott, 1975, p. 13).

Suce

L'appellation « suce » est utilisée de façon équivalente à celle de « sucette » dans le livre du MSSS, sous la direction de Doré et Le Hénaff (1999), *Mieux vivre avec son enfant*. Pour simplifier la compréhension des parents et pour alléger l'analyse, nous optons pour ce sens populaire qui se retrouve également dans les textes scientifiques (Vincent, 1981). Le tableau 6 présente les facteurs associés significativement à la suce.

Tableau 6

Facteurs reliés significativement à la suce

Otites plus nombreuses ¹⁻³⁻⁴Syndrome de mort subite ⁵Malocclusions, environ 7 % ²Développement rapide chez les prématurés ⁶

Sources

1- Jackson & Mourino (1999)

3- Niemela, Uhari & Hannuksela (1994)

5- Golding, Rogers & Emmett (1997)

2- Buithieu & Dubé (1996)

4- Fox & Schaefer (1995)

6- Medoff-Cooper & Gennaro (1996)

La suce est significativement reliée aux otites (Fox & Schaefer, 1995; Jackson & Mourino, 1999; Niemela, Uhari & Hannuksela, 1994) au syndrome de mort subite (Golding, Rogers & Emmett, 1997), aux malocclusions (Buithieu & Dubé, 1996) et à un développement rapide chez les prématurés (Niamela, Uhari & Hannuksela, 1994).

Il existe une compétition entre l'utilisation de la suce et du pouce, selon plusieurs auteurs (Ravn, 1974; Warren, Levy, Nowak & Tang, 2000). Larsson et Dahlin (1985) a comparé la prévalence de la suce et du pouce sur plusieurs décennies.

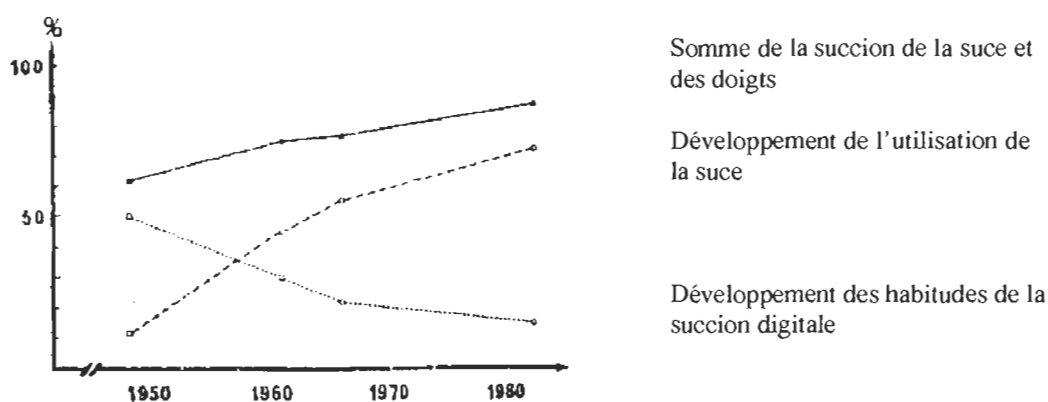


Figure 7. L'évolution de la succion du pouce selon Larsson et Dahlin (1985).

Pouce et doigts

La documentation propose des facteurs pour expliquer la succion des doigts. Plusieurs d'entre eux sont significatifs, ils sont présentés brièvement dans le prochain tableau.

Tableau 7
Facteurs reliés significativement à la succion digitale prolongée ^a

↑ Faible utilisation d'une suce ²	↑ Âge de l'enfant ²
↓ Soins donnés aux enfants ²⁻¹⁰	↑ Présence des 4 déterminants ²
↑ Sevrage hâtif ¹²	↑ Faim ⁵⁻¹²⁻¹⁶
↑ Mère plus âgée ³	↑ Percée des dents ¹²
↑ Éducation élevée de la mère ³	↓ Croissance et développement de la face ¹⁶
↑ Classe sociale élevée ¹³	↑ Certains traits psychologiques ⁷⁻¹²⁻¹⁶
↑ Surprotection, négligence, sévérité ¹¹⁻¹³	↑ Fatigue et sommeil ¹⁶
↑ Pays industrialisés ¹⁰	↓ Acceptation sociale 7 ans ou plus ⁶⁻¹⁵
↑ Durée du boire très long ¹²	↑ Passage au lit seul ²
↑ Régions urbaines de 2500 et plus ²⁻¹⁰	↑ Coliques et douleurs intestinales ²

a : Prolongée dépasse l'âge de trois ans ou plus (Buithieu & Dubé, 1996) mais pourrait être 5 ans ou plus (Mahalski & Stanton, 1992).

Sources

- | | |
|--|--------------------------------|
| 1- Ravn, 1974 | 2- Larsson, 1994 |
| 3- Warren et al., 2000 | 4- Van Norman, 1985 et 1997 |
| 5- Vadiakas, Oulis & Berdouses, 1998 | 6- Mahalski & Stanton, 1992 |
| 7- Mairesse, 1978 | 8- Buithieu & Dubé, 1996 |
| 9- Turgeon-O'Brien et al., 1996 | 10- Johnson & Larson, 1993 |
| 11- Umberger & Van Reenen, 1995 | 12- Vincent, 1981 |
| 13- Singhal, Bhatia, Nigam & Bohra, 1988 | 14- Friman & al., 1994 |
| 15- Ellingson et al., 2000 | 16- Peterson & Schneider, 1991 |

Les facteurs qui expliquent un écart significatif entre les enfants suceurs et non-suceurs de leurs doigts font surtout partie du domaine de la santé, des soins offerts aux enfants et des données socio-démographiques.

Maintenant que nous avons réalisé un survol de la succion digitale, nous allons approfondir son origine, les déterminants, les effets et les moyens pris par les parents pour l'arrêter progressivement.

Courants étiologiques

Les courants sur l'origine de la succion du pouce s'opposent et se complètent. Ainsi, le nombre de courants est ambigu relativement à l'étiologie de la succion du pouce. En 1984, Charland et Perreault proposent trois théories en psychanalyse, en biologie et en apprentissage. La théorie psychanalytique a commencé avec Freud en 1905 dans laquelle la succion correspond à l'autoérotisme. La théorie de Lévy (1928) conclut plutôt que la succion digitale est essentiellement la conséquence biologique d'un besoin inné comblé partiellement. Le mordillement, le léchage, la succion animale ou humaine, seraient des façons de compenser et de substituer ce besoin physiologique. La troisième théorie de l'apprentissage a pris de l'ampleur en 1948 avec deux études, l'une de Davis, Sears, Miller & Bordbeck (1948) et l'autre de Freedon (1948) où le réflexe temporaire pour combler la faim s'accompagne de gratifications. L'enfant apprend simultanément, lors du boire, la chaleur du corps de la mère, des stimulations tactiles variées, du plaisir. Progressivement, l'enfant utilise son pouce comme étant un mécanisme d'accommodation, de consolation, de défense (Freedon, 1948). Ce sont toutefois les courants de psychologie et de l'apprentissage qui sont les plus acceptés actuellement selon des auteurs américains ou européens (Johnson & Larson, 1993; Josell, 1995; Morley & McIntire, 1994).

En 1997, Van Norman amène un nouvel aspect aux causes fondamentales des comportements humains. De nombreuses activités agréables comme le jogging, le jeu, le sexe, l'alimentation et la succion du pouce peuvent stimuler le cerveau et sécréter des produits chimiques, des narcotiques fabriqués par le corps comme les endorphines et les enképhalines. Ces derniers réduisent la douleur et amènent un état euphorique de bien-être. L'enfant associe plaisir et consommation du lait. Le lait tiède contient de l'acide aminé tryptophane, laquelle est convertie en sérotonine qui réduit l'excitation des neurotransmetteurs. Ainsi la relation est établie : « succion = neurotransmission diminuée = production d'endorphines = plaisir, confort, détente » (Van Norman, 1997, p. 15, traduction libre).

En 1998, des psychiatres considèrent que la succion du pouce est une habitude nerveuse, un comportement automatique (Foster, 1998). Ils attribueront ainsi les origines de la succion du pouce à un comportement normal. Dans certains cas, les psychopathologies peuvent apparaître mais rarement chez les enfants d'âge préscolaire.

En 2000, l'équipe de Warren suggère que la succion digitale est reliée à deux causes principales: biologique et psychologique. Ils évoquent cependant des variables concernant la prévalence et reliées à la culture, comme l'éducation des parents et l'utilisation généralisée d'une suce. Est-ce que ce sont des causes, des moyens ou des effets de la succion? Ce n'est pas clair mais il existe cependant une relation entre ces variables.

En ce qui nous concerne, nous optons pour la nouvelle tendance où deux courants principaux sont à l'origine de la succion digitale, soit celui qui est en psychanalyse/psychologie et celui sur l'apprentissage. Ils sont présentés brièvement.

Courant psychanalytique

Selon Ajuriaguerra et Marcelli (1989), Freud (1905) donne deux sens à la succion du pouce : l'assouvissement de la faim et le plaisir autoérotique. Toutefois, selon les mêmes auteurs, des tendances actuelles y ajoutent le maniement de l'enfant (Winnicott, 1975) par contacts corporels, paroles, regards ainsi que son besoin d'attachement (Bowlby, 1969). Nous nous penchons sur ces trois auteurs.

La première recherche reliée à la succion digitale est celle de Freud en 1905. Dans son livre traduit par « Trois essais sur la théorie de la sexualité », il considère que la succion est un besoin inné, normal. Cette habitude s'appuie sur le besoin de la faim. Elle est également la première étape de la sexualité par le biais du « suçotement ». Il y aurait deux besoins à satisfaire : la faim et la sexualité précoce. Cette deuxième hypothèse a pris beaucoup d'ampleur en basculant les théories antérieures sur l'âge du début de la sexualité (Freud, 1915). Donc, la plupart des enfant en bas âge portent un objet ou un doigt à leur bouche pour apaiser leur faim ou pour faire le suçotement. Cette étape correspond à la phase orale dans le développement de l'enfant (Vincent, 1981).

Winnicott (1969) s'est démarqué de plusieurs façons par l'importance accordée à la relation mère-enfant et aux objets transitionnels (Ajuriaguerra, 1974). Ces jouets-ange ou ange gardien permettent de résoudre un conflit intérieur à une période de l'enfance : « L'objet, par la suite, perd son importance et il devient une simple habitude qui disparaît à la longue. Ce comportement de type obsessionnel s'observe surtout chez des enfants dont le développement du Moi est lent ». (Ajuriaguerra, 1974, p. 190).

L'objet d'attachement, la succion du pouce et le passage au lit sont étudiés par Wolf et Lozoff (1989). Ils ont rencontré 150 enfants de 4 ans. En contraste avec les recherches précédentes, ils n'ont pas établi de relation entre l'endroit où l'enfant dort la nuit, la façon dont il est nourri (sein ou biberon) et l'influence de l'objet d'attachement utilisé au coucher ou la succion du pouce, peu importe que le parent soit présent quand l'enfant est endormi. Dans leurs relations significatives, l'approche pour s'endormir est associée à l'utilisation de l'objet d'attachement et à la succion du pouce.

Pour sa part, Bowlby (1969) considère que l'attachement est un comportement de sécurité entre l'enfant et l'adulte. L'attachement entre la mère et l'enfant apparaît, dès les premiers jours, dans cinq systèmes de comportements : sucer, accrocher, suivre, pleurer, sourire (Ajuriaguerra & Marcelli, 1989). La capacité de les percevoir et de les satisfaire amène des interactions satisfaisantes et le bonheur. L'enfant qui se développe apprend à se séparer progressivement de sa mère (Bowlby, 1969). Cependant, une séparation brusque entre 15 mois et trois ans, comme une maladie des parents, montre un désespoir chez l'enfant. Ce désespoir est particulièrement relié à trois phases de la

séparation; participation par des pleurs et des cris, désespoir par le refus de collaborer et de s'enfermer ou d'être inactif, détachement où l'enfant accepte la présence de d'autres adultes et si la mère arrive, il peut se détourner, ne pas la reconnaître. Wolf et Lozoff (1989) ont étudié la relation entre l'objet d'attachement, la succion du pouce et le passage au lit. Ces enfants ayant un parent présent au moment de s'endormir utilisent moins un objet ou leur pouce.

Les ouvrages bien connus des pédiatres McMillan, Angelis et Feigin, (1999) et le livre qui est distribué dans toutes les pouponnières au Québec depuis presque 20 ans « *Mieux vivre avec son enfant* » du Ministère de la santé et des services sociaux (1999) portent le même message. L'interaction entre la mère et l'enfant devrait commencer dans la première heure de vie de l'enfant, ce qui amène un fort lien d'attachement et un intérêt encore observable des mois plus tard. L'enfant reconnaîtra également sa voix puisqu'il en est capable dans la vie fœtale. La mère devrait avoir les réponses à ses questions sur les soins de l'enfant, l'hygiène et l'allaitement au sein durant les premiers 24 heures (McMillan, Angelis & Feigin, 1999).

Il est intéressant de constater les influences bio-psycho-sociales dans ce courant psychanalytique où l'équilibre de l'enfant est central. Passons maintenant au courant de l'apprentissage.

Courant de l'apprentissage

Dès 1930, Mead et Orlanki (cités dans Sameroff et Emde, 1993) sont convaincus que l'éducation est la seule variable pour expliquer l'habitude de succion. Ils étudiaient alors les débuts de l'alimentation. Selon Vayer et Trudelle (1996), pour comprendre comment l'enfant apprend, comment il se développe, il faut toujours revenir au commencement. Quand on observe l'enfant, on perçoit comment les actions, les événements s'enchaînent dans un processus temporel. Le développement de l'enfant, dans son apprentissage, est une autoconstruction qui se réalise dans un environnement. Cet environnement est sous la responsabilité des parents et des professeurs, il fournit un contexte et c'est le contexte qui donne son sens à l'activité.

L'éducation vise les apprentissages. Les apprentissages peuvent être définis comme étant un changement de comportement faisant suite à une expérience. Ce changement est relativement durable et diffère des changements créés par la fatigue ou la maturation. L'apprentissage peut donc viser l'acquisition de connaissances, d'habiletés, d'attitudes, etc. (Goupil & Lusignan, 1993).

Le comportement peut correspondre à plusieurs habiletés, pensons à celles de Gagné (1985) regroupant cinq catégories dont celles intellectuelles et psychomotrices. La psychomotricité inclut les mouvements physiques dont la succion du pouce où l'enfant porte la main à sa bouche (Bolduc, 1997). Le mouvement apparaît dès les premières étapes de la vie et se développe progressivement (Bolduc, 1997). Les mouvements automatiques prennent naissance avec les premières manifestations de

l'apprentissage. Pour Harrick (1967), le mouvement ne devient automatique que lorsqu'il a été appris. À la suite de cette automatisation, l'image d'un stimulus objectif semble suffisant pour provoquer l'effort de coordination nécessaire à la réalisation du mouvement correspondant (Bolduc, 1997). L'effet des stimuli peut renforcer les apprentissages. La qualité, le niveau, le délai, la variation, la déprivation des stimuli peuvent améliorer la performance (Thompson & Iwata, 2000).

En 1999, Akkari amène une vision globale qui ressemble à celle de Bronfenbrenner (1979). « La croissance et le développement social, émotionnel, académique et physique sont inextricablement imbriqués. Pour renforcer le développement académique et cognitif, toutes les facettes du développement doivent être abordées par l'école, les familles et les autres institutions qui affectent l'enfant » (Akkari, 1999, p. 247).

Il est évident que les tenants de chacune des écoles de pensée environnementales ou biologiques-génétiques tentent à démontrer le bien-fondé de leurs recherches. Par ces oppositions, elles permettent l'avancement des connaissances dans les principaux courants et ainsi, de mieux comprendre les comportements humains. L'équipe de chercheurs étudiant le cerveau, composée de Barrash, Damasio, Adolphs et Tranel (2000), a utilisé des équipements sophistiqués tels que les images de résonance magnétique ou la tomographie axiale informatisée pour clarifier les corrélations entre la neuroanatomie et la route de l'apprentissage dans un large groupe de sujets ayant des lésions cérébrales et un autre groupe contrôle n'ayant aucune lésion cérébrale. Les

auteurs confirment les facettes multiples de l'apprentissage et de la connaissance selon le contexte dans l'environnement. La recension des écrits a permis d'aborder les tendances comportementales, constructivistes, métacognitives et autres. Dans la partie qui suit, nous décrirons le phénomène de la succion par les déterminants, ses effets et certains moyens d'intervention.

Déterminants

Certains enfants ont des dents déplacées à peine visibles, comme des enfants n'ayant pas eu cette habitude (Kohler & Host, 1975). Les chercheurs évaluent que les malocclusions chez les suceurs de pouce à 4 ans sont significativement plus élevées à 62 % comparativement aux non suceurs à 23 %. Larsson (1972) suggère les facteurs d'hérédité, de temps et de culture pour influencer les malocclusions.

D'autres études considèrent les déterminants pour expliquer les malocclusions. Fournier (1994) évoque la trilogie du mouvement orthodontique-orthopédique, soit la force, la durée et l'intensité. « Tous les auteurs s'accordent pour affirmer que les effets de la succion sont dépendants de l'intensité, de la durée et de la fréquence de l'habitude (Adair, Milano & Dushku, 1992; Bowden, 1966; Helle & Haavikko, 1974; Larsson, 1972; Linder & Modeer, 1989; Modeer, Odenrick & Lindner, 1966, 1982; Ravn, 1976; cités dans Buithieu & Dubé, 1996). Le guide du praticien en pédiatrie sur la succion du pouce de Shendurnikar (1993) inclut les mêmes déterminants. Cependant, la manière ou le style devient un 4^e déterminant selon Johnston (1992). La même notion de

manière se retrouve sous l'appellation de position par Peterson et Schneider (1991) et Lavoie (1997). Ils y ajoutent la maturation osseuse de la face. La relation entre les malocclusions et les déterminants pourrait être plus détaillée. Nous limitons ce survol afin d'aborder les effets de la succion des doigts.

Effets de la succion

Est-ce que les effets sont réversibles ou irréversibles? Les études de Popovich et Thompson (1973, 1974), Infante (1976) et Ravn (1976) confirment l'hypothèse de Graber (1959) à savoir, qu'au-delà de trois ans, le risque de dommages permanents surgit. Cependant, la tendance biologique semble différer de la tendance psychologique. Par exemple, Mahalski et Stanton (1992) suggèrent d'arrêter vers 5 ans, avant l'entrée à l'école et l'éruption des dents permanentes. Nous divisons les effets en plusieurs thèmes, soit les effets intra-oraux, extra oraux, sociaux, psychologiques.

Johnson et Larson (1993) évoquent 27 effets à la succion digitale. Nous présentons les conséquences potentielles en trois blocs intra-oraux, extra-oraux qui se rapprochent de la tendance biologique tandis que le bloc psychosocial relève surtout des sciences humaines.

Effets intra-oraux

Les cas légers n'auront pas de conséquences intra-orales. Plus le cas est sévère, plus les déformations peuvent être visibles et permanentes (Larsson, 1994). La plupart

des chercheurs dont Fournier (1994), Bureau et Roux (1987,1997) sont d'accord sur plusieurs effets de la succion sur la cavité buccale, tels que :

- une protusion maxillaire antérieure;
- un « open bite »;
- une proclination des incisives supérieures;
- « tongue thrust » associé, poussée de la langue, déglutition infantile;
- rétrusion ou aplatissement des incisives inférieures;
- débalancement musculaire;
- diastème entre les incisives supérieures;
- palais étroit et profond, en forme de « V » au lieu du « U »;
- élongation de l'arcade maxillaire (plus de 2,5 mm);
- béance antérieure;
- surplomb horizontal exagéré (plus de 5 mm);
- surplomb vertical négatif ou insuffisant;
- articulation croisée postérieure unilatérale ou bilatérale;
- distocclusion, déséquilibre au niveau de l'occlusion.

Effets extra-oraux

En observant un enfant, on peut parfois reconnaître son habitude par quelques indices (Bureau & Roux, 1997; Garliner, 1976; Fournier, 1994; Lavoie, 1997). Ceux-ci n'apparaissent pas simultanément chez tous les enfants.

- proéminence de la lèvre supérieure;
- rétrusion de la mandibule (menton fuyant);
- profil convexe;
- visage étroit;
- protusion de la langue en avalant ou au repos;
- manque de scellement labial;
- lèvre inférieure molle, peu de tonus;
- contraction du muscle mentonnier en avalant;
- muscles masséters et buccinateurs très faibles ou très forts (pression sur les dents postérieures s'il y a une grande intensité des buccinateurs ou une position inadéquate de la langue);
- respiration par la bouche;
- difficulté à prononcer certains sons (T – D – N – L – CH – S);
- position de la tête basculée vers l'arrière et menton légèrement levé;
- problèmes aux joints de l'articulation temporo-mandibulaire;
- allergies;
- pouce ou doigt déformé.

Effets psycho-sociaux

« Plusieurs enfants sont dépendants de leur habitude de succion pour se sécuriser et se détendre comme des personnes dépendantes des drogues » (Johnston, 1992, p. 20, traduction libre). Certaines recherches ont étudié l'aspect psychologique de la succion.

En 1971, Margaillan-Fiammengo a examiné la famille et l'enfant suceur de pouce. La mère présente un fond d'inquiétude, une tendance surprotectrice. L'enfant est généralement hypersensible, anxieux et le pouce permet de se sécuriser. Mairesse (1978) a effectué d'autres tests psychologiques chez les suceurs de pouce. Elle conclut à une intelligence supérieure, à une tendance introvertie, à l'absence d'agressivité et à une difficulté d'anticiper l'avenir en étant plus enclin vers le passé. Les suceurs de pouce possèdent certaines caractéristiques mais les autres ne peuvent établir le sens causal de la relation : est-ce que la succion conduit à telle personnalité ou est-ce telle personnalité qui suce son pouce? Vincent (1981) a fait une analyse théorique selon laquelle les suceurs de pouce persistants auraient une fixation au stade oral.

Plus récemment, Friman, Larzelere et Finney (1994) ont exploré la relation entre la succion du pouce et les psychopathologies. Selon les auteurs, les 53 enfants, de 4 ans et suceurs de pouce, sont apparus « normaux ». Ces résultats ne peuvent pas soutenir la position théorique que la succion du pouce est nécessairement un symptôme de psychopathologie. Ils vont dans le même sens que les résultats de l'étude menée par Mahalski et Stanton (1992) auprès de 976 sujets suivis pendant plus de 10 ans en lien avec la succion du pouce et les problèmes de comportements. Cette étude indique que les enfants de 7 ans et moins n'ont pas de problèmes psychopathologiques ou de troubles comportementaux. Cependant, après 7 ans, les probabilités de problèmes augmentent avec l'âge et la persistance du comportement. Ces aspects sont importants. Quelles approches peuvent inciter l'enfant à changer de comportement sans le perturber

pour autant ? Nous l'abordons dans la prochaine partie consacrée aux moyens d'intervention.

Moyens

Les moyens d'intervention proposés par les professionnels de tous les domaines et par les parents sont très variés. Selon Buithieu et Dubé (1996), la prévention devrait se faire en utilisant une suce au lieu du pouce. En dentition primaire, l'arrêt doit se faire par une approche comportementale. En dentition mixte, l'approche comportementale est priorisée mais si elle ne réussit pas, des appareils doivent être utilisés.

Conformément Davidson, Haryett, Sandilands et Hansen (1967) et à Klein (1971), Haskell et Mink (1991) demandent d'abord de vérifier l'origine de la succion prolongée. Si l'habitude semble due à des problèmes émotionnels ou psychologiques, le dentiste devrait référer à d'autres spécialistes. Si les problèmes psychologiques ne semblent pas en cause, il peut traiter en établissant une relation positive de soutien et en s'assurant que l'enfant est très intéressé à cesser l'habitude. Les moyens pris par les professionnels sont très variés : l'hypnose par Whitewood (1997), les exercices digitaux (Viadis, 1993), des produits spécialisés pour les doigts déformés en dermatologie (Cambiagni & Pistritto, 1998), des vernis amers (Friman & Barone, 1986), l'action sur un geste associé comme de tirer ses cheveux (Long, Miltenberger & Rapp, 1999) ou sur la déglutition (Margaillan-Fiammengo, 1971), le meulage de dents (Buithieu & Dubé, 1996), des appareils avec ou sans éperons dans la bouche (Larsson,

1994), des chartes de motivation (Garliner, 1974), des blocs d'activités de renforcement désignés par DRO ou « differential reinforcement objects » comme des systèmes de jetons ou récompenses (Larsson, 1988), les SHR ou « simplified habit reversal » (Umberger & Van Reenen, 1995) en utilisant un comportement en compétition comme croiser ses bras, s'asseoir sur ses mains au lieu de sucer ses doigts dans sa bouche. Ellingson et al. (2000) stipulent que le comportement est maintenu par un renforcement automatique. Ils suggèrent alors de faire porter un gant quand l'enfant est seul. Il serait possible de poursuivre dans ces exemples d'intervention par des professionnels mais ce n'est pas le but de notre étude.

Certains professionnels proposent cependant un autre niveau d'intervention en impliquant activement le parent. Van Norman (1997) recommande de rassurer le parent et de l'inciter à ignorer le comportement jusqu'à l'âge de 4 ans. Si le comportement est persistant, des approches positives et valorisantes avec des chartes de motivation et d'autres stratégies sont utilisées, conformément aux valeurs et aux attitudes des parents. Pour leur part, Heitler (1985), Sander et Weinreich (1989) ont mis au point des approches où le parent montre des photos, raconte une histoire au moment critique du coucher et dessine un personnage sur le doigt de l'enfant en établissant un climat très agréable d'échange.

Mairesse (1978), psychologue à l'institut de Stomatologie de la Salpêtrière, en France, introduit son livre en racontant que les parents sont rarement indifférents vis-à-vis la succion :

« De nos jours, lorsqu'il a atteint 5 – 6 ans, le suceur de pouce est souvent l'objet des quolibets, des plaisanteries, des critiques et même des punitions de ses parents... Les parents se montrent étrangement imaginatifs dans les inventions et interventions verbales. Beaucoup cependant ne s'en tiennent pas à ce niveau verbal : combien de parents nous ont décrit leurs nuits ponctuées de réveils et de visites à l'enfant destinées à lui enlever le pouce de la bouche... Les punitions corporelles, les privations alimentaires se rencontrent lorsque l'enfant grandit. On lui attache les mains entre elles, au lit. On lui enduit le pouce de diverses substances dotées d'une saveur pour le moins discutable (moutarde, aloès, cendres ou tout autre produit de type « kidamer ». Bref, l'ingéniosité des parents n'a d'égale que celle de l'enfant pour surmonter les obstacles qu'on dresse entre son pouce et sa bouche ». (Mairesse, 1978, p. 9-10).

En 1988, Larsson évoque des pyjamas cousus et des tubes rigides aux articulations préparés par les parents afin d'empêcher l'enfant de plier ses bras et de se rendre à la bouche pour sucer ses doigts. Au Japon, Yoshida, Ohno et Shikano (1995) affirment que les parents sont les premiers concernés au sujet de la succion digitale de leur enfant. Ils ont distribué un questionnaire à 30 parents fréquentant leur clinique dentaire. Les résultats indiquent que les parents veulent que leur enfant cesse la succion digitale pour quatre raisons principales :

- Position des dents et difficulté phonétique (69 %);
- Prononciation peu claire et difficulté à prononcer les « S » (12 %);
- Effets psychologiques pour l'enfant qui devient gêné de son habitude et qui peut souffrir de complexes dans le futur (12 %);
- Esthétique en étant difficile de garder les lèvres fermées et en étant laid pour les filles (8 %).

Les moyens pris par les parents sont les suivants :

- Avertissement verbal, explications (41 %);
- Doigt enveloppé avec un « band aid »(21 %);
- Application de moutarde, médicaments et autres sur les doigts (13 %);
- Utilisation de gants, bas sur la main (10 %);
- Geste de tenir le doigt de l'enfant pour dormir (8 %);
- Rien (5 %);
- Doigt enlevé par le parent (3 %).

Ces chercheurs privilégient trois stades : le premier est de rendre le client conscient et d'appliquer une thérapie comportementale (ex. : charte de motivation avec dessin, marionnette); le second est d'entraîner la langue et la musculature par la thérapie myo-fonctionnelle; le troisième est d'utiliser des appareils pour améliorer les malocclusions, selon les besoins.

Pour sa part, Vincent (1981) rapporte un autre palier d'intervention où le réseau social de l'enfant à l'école est impliqué directement dans l'arrêt de la succion. Ainsi, Sriba, Pettigrew et Alden (1971) ont effectué l'arrêt auprès de trois élèves en troisième année en effectuant du renforcement approprié. Ce renforcement était de valoriser l'enfant et de lui donner de l'attention lorsqu'il faisait un autre comportement interférant avec le pouce comme croiser ses bras, écrire, mettre les mains sur le bureau. Le renforcement avec sourire a amélioré la relation mais les marques d'attention durent être augmentées et se sont étendues à d'autres comportements comme de jaser avec les camarades.

Pour leur part, Ross et Levine (1972) ont tenté une autre expérience auprès d'un élève de quatrième année. Il était convenu avec les pairs de remarquer chaque succion durant 15 minutes et de le noter au tableau. Ensuite, ce nombre fut le défi de l'enfant afin de le réduire progressivement. Les autres enfants l'encourageaient et s'il atteignait les objectifs réduits vers la baisse, toute la classe recevait des bonbons. La réussite est expliquée par la récompense, l'approbation des pairs, la désapprobation des mêmes pairs. Le support du professeur ainsi que les marques au tableau devenaient des rappels quotidiens. Un autre effet fut la popularité de l'enfant qui a augmenté dans la classe. Cependant, la réussite s'est limitée à l'école et ne s'est pas généralisée à la maison.

Ross (1974) a tenté une expérience similaire avec un élève de 10 ans. Un aide-professeur notait le nombre de suctions pendant deux périodes de 10 minutes par jour. La durée des périodes fut augmentée à plus d'une heure. Si l'enfant réussissait, il

pigeait une carte « chanceuse ». Et s'il était surpris par un pair, c'est ce dernier qui pigeait la carte. Ce fut réussi et l'année suivante, il avait le contrôle de son habitude sauf dans certaines tâches scolaires précises.

Johnson , Goetz, Baer et Etzel (1973) ont fait une autre étude à la maternelle où un enfant suçait son pouce. Il a reçu de l'attention lorsqu'il ne suçait pas son pouce et il était interrompu s'il suçait son pouce, et ce, durant plusieurs séances de 15 secondes. Un arrêt fut effectué, l'enfant recommença mais à une moindre intensité. Durant les périodes observées, il a diminué respectivement de 60 %, 12 %, 55 %, 7 %, ce fut alors une réussite.

L'environnement social de l'enfant, dont la famille, a aussi été l'objet d'études (Martin, 1975). Un garçon de 4 ans recevait des jetons par sa sœur de 6 ans s'il ne suçait pas son pouce le soir. Il a réussi 10 des 13 premiers jours et il eut une légère rechute. En 27 jours, le nombre de jetons lui permit d'aller au cinéma et pendant l'année de suivi, il ne recommença pas.

Kaufman et Scranton (1974) ont impliqué les parents durant la lecture conditionnelle d'un livre. L'enfant de 2 1/2 ans était qualifié de grande fille, à chaque page où elle ne suçait pas son pouce. À la fin du livre, elle complétait le tableau de renforcement de « grande fille » et cette lecture ainsi dirigée se répéta régulièrement. La valorisation avait lieu également à d'autres moments de la journée, avec succès.

L'équipe d'Ellington, Miltemberger, Stricker, Garlinghouse, Roberts et Galenski (2000) mentionnent deux études récentes auprès d'enfants de 5 et de 7 ans où les auteurs concluent que la succion digitale était maintenue en l'absence de conséquences sociales. Leur thérapie consiste alors à isoler l'enfant suceur et à atténuer le renforcement habituel en modifiant la stimulation sensorielle grâce à un gant. Seulement 2 enfants de 7 et 10 ans ont participé, l'un avec arrêt et l'autre partiellement. On voit ici une tendance très sociale tandis que d'autres, à l'opposé, sont centrées sur le vécu de l'enfant, comme les séances individuelles de Dolto (1979).

D'autre part, l'aspect social évoque des lieux différents chez les enfants à la maternelle. Friman et al. (1993) nomment la maison et les autres environnements. L'enfant à la maternelle peut fréquenter la garderie, le restaurant et des lieux de loisir. Ce comportement, isolé ou en public, nous intéresse pour intervenir éventuellement.

Il est possible de faire le lien entre le comportement de succion de l'enfant et l'importance de son environnement. A cet égard, le modèle de Bronfenbrenner (1979) avec ses systèmes reliés à l'enfant sont pertinents.

Le tour descriptif de la succion est maintenant complété pour bien en comprendre l'essence. D'autres études permettraient d'être encore plus exhaustif que ce soit au niveau nutritif ou non nutritif. Dans le cadre du présent projet, certaines variables ont davantage été prises en considération comme en témoignent les instruments de collecte de données.

2.3 Objectifs de recherche

De nombreux facteurs exogènes entrent en ligne de compte dans l'adoption et la persistance du comportement de succion nutritive et non nutritive. Ce processus complexe peut tenir compte des croyances des parents, celles-ci étant reliées à leur environnement culturel et à leur expérience personnelle. Il est alors nécessaire d'identifier les facteurs susceptibles d'influencer leur décision dès la naissance de leur enfant jusqu'à son entrée à l'école, en maternelle. Plusieurs études ont porté sur la succion du pouce. Cette dernière est fréquemment considérée comme étant une habitude mais peu de recherches se sont concentrées sur son origine, sur les croyances et comportements des parents pour cesser ce comportement chez les enfants entre 0 et 5 ans. En regard de cette clientèle très dépendante de son réseau familial, il importe d'identifier les facteurs les plus fréquemment cités dans la documentation et de les vérifier auprès des parents. En se basant sur le cadre conceptuel de Bronfenbrenner (1979, 1986, 1992, 1994), certaines variables sont examinées davantage tout en tenant compte des théories en éducation.

Le but de la présente recherche est d'établir un portrait global de l'habitude de succion chez les enfants à la maternelle en poursuivant d'une façon particulière les objectifs suivants :

- Identifier les croyances des parents en lien avec la succion nutritive et non nutritive;
- Connaître et classer les moyens pris par les parents selon les différents types de succion;
- Examiner la relation entre les croyances des parents, les moyens pris par les parents et l'arrêt ou la persistance de la succion chez les enfants;
- Étudier les liens entre la succion du pouce ou des doigts des enfants en maternelle et certaines caractéristiques de la fratrie et de leurs parents.

En résumé, le modèle écologique de Bronfenbrenner (1979, 1986, 1994) semble le plus pertinent pour étudier l'écosystème et les microsystèmes à la maison, à l'école. Quant au cadre théorique, de nombreux auteurs sont présentés afin de situer les croyances des parents et les habitudes des enfants en regard des théories actuelles en éducation et plus particulièrement de l'habitude de succion nutritive et non nutritive. Cette étude se veut exploratoire et utilise les deux approches, qualitative et quantitative. Les objectifs de recherche orientent le contenu de cette recherche tandis que la méthode en détermine la valeur et met en évidence la démarche la plus pertinente dans le contexte actuel. La méthodologie est présentée dans le prochain chapitre.

CHAPITRE 3

Méthode

La présente partie se divise en cinq sections. La première section décrit les participants, suivie du type de recherche. La construction et la validation de l'instrument de mesure, un questionnaire en trois versions, constitue la troisième section. La procédure et la collecte de données sont précisées dans la quatrième section. La dernière étape décrit le plan d'analyse des données. Les résultats seront présentés dans le chapitre suivant.

3.1 Participants

La description de l'échantillon permet de comprendre la démarche et de s'assurer de son éventuelle généralisation. Comme l'âge des participants varie selon les études, pourquoi alors choisir les enfants d'environ 5 ans, en maternelle? Les recommandations d'intervenir avant l'arrivée des dents permanentes ou l'entrée à l'école (Mahalski & Stanton, 1992; Buithieu & Dubé, 1996 ; Johnston, 1992) ont été déterminantes. La maternelle est un lieu privilégié de socialisation et du début de l'apprentissage par des enseignants, sans être obligatoire comme la première année à six ans (Ministère de l'Éducation du Québec, 1997). De plus, l'enfant est conscient de son habitude. Le désir d'arrêter la succion non nutritive augmente particulièrement à l'école où le comportement tend à y disparaître tandis qu'il peut se poursuivre à la maison (Johnson & Larson, 1993). On remarque également des modifications physiologiques par l'arrivée imminente ou réelle des dents permanentes. Les conséquences peuvent devenir permanentes (Larsson, 1994).

Notre approche préventive s'adresse aux enfants de la maternelle. Elle apparaît une démarche tout à fait pertinente. Cependant, les élèves de la maternelle ne sont pas capables d'écrire ni de lire à cet âge : qui notera alors les réponses ? Pas le chercheur car ce n'est pas un type de recherche souhaité par entrevue, ni l'enseignant car il ne connaît pas l'enfant dans son environnement spécifique où la succion persiste surtout à la maison, au coucher. Les parents deviennent les personnes toutes désignées.

D'autre part, les observations cliniques ne montrent pas toujours des déformations évidentes, ce qui élimine l'observation directe. Quant aux entrevues, les enfants nous voient à l'occasion seulement. La relation de confiance n'est pas établie et les enfants de cet âge n'ont pas la notion du temps très développée, alors les réponses verbales risquent de ne pas être fiables. On se tourne à nouveau vers le parent qui connaît bien son enfant depuis la naissance et qui peut décrire le phénomène de succion nutritive et non nutritive depuis ses débuts chez leur enfant. Leur autorisation est d'ailleurs nécessaire chez les enfants mineurs. Les parents intéressés à obtenir de l'information pourront également en faire part dans le questionnaire, ce qui favorise les interactions entre l'enfant, la famille et les professionnels de l'école.

L'instrument de mesure est alors un questionnaire volontaire adressé aux parents d'enfants inscrits à la maternelle. Trois versions du questionnaire sont présentées, la première de tendance exploratoire/qualitative, la seconde étant la pré-enquête et la dernière a été distribuée dans le territoire choisi. « Les résultats d'une pré-enquête se prêtent d'eux-mêmes à une étude de la validité et de la fiabilité des instruments de

mesure; la pré-enquête est nécessaire à toute recherche qui utilise l'interview ou le questionnaire » (Béland, 1992, p. 404). La procédure de l'échantillonnage tient compte des étapes de la construction du questionnaire et des sous-groupes d'enfants utilisant la succion nutritive et non nutritive. La distribution des participants est illustrée dans la figure 8 sur la répartition de l'échantillonnage.

1^{er} étape : construction et validation

Premier questionnaire

Deuxième questionnaire

Troisième questionnaire

2^e étape : Description des sous-groupes

Forme de succion

Types de succion

Arrêt et persistance
de la succion digitale

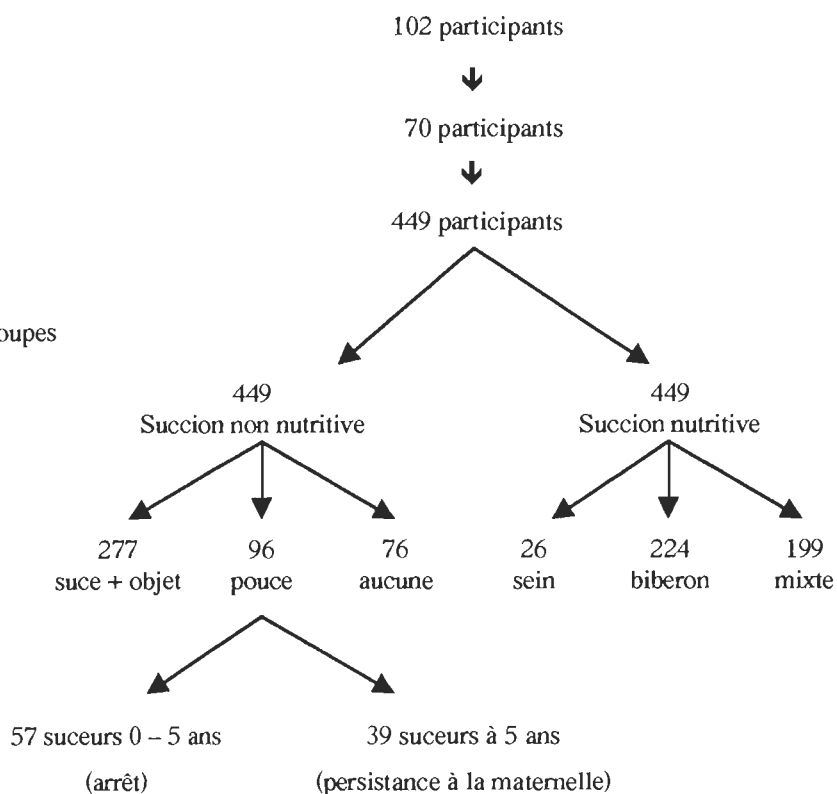


Figure 8. Répartition de l'échantillonnage.

L'échantillon correspond au territoire complet francophone du CLSC de la MRC de Joliette. On y dénombre 12 écoles primaires sur 16 ayant des classes de maternelle en français. L'école anglophone n'est pas incluse à cause de l'obstacle lié à la langue, ni celle regroupant des enfants ayant des handicaps mentaux dont l'âge physiologique et chronologique connaît de grands écarts. Un total de 623 élèves à la maternelle répartis en 25 classes a permis de recevoir 476 questionnaires et d'en retenir 449. Les 26 questionnaires non retenus sont attribués à deux refus par les parents et 24 incomplets. La répartition des questionnaires selon les écoles est présentée à l'Appendice A.

3.2 Type de recherche

La présente recherche combine les approches qualitative et quantitative dans la démarche de construction d'un questionnaire. Cette recherche transversale est descriptive, de nature exploratoire. Robert (1988) souligne que le trait essentiel des méthodes descriptives est leur capacité de fournir une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière en vérifiant les relations entre différentes composantes. Quant à la nature exploratoire, elle vise la recherche de variables peu étudiées ou relativement récentes; elles s'opposent à celles confirmatoires où les relations ont déjà été validées antérieurement par d'autres chercheurs (Pouliot, 1998).

Ce type de recherche s'acclimate bien à l'aspect novateur des variables en relation et à l'état actuel des connaissances. Certains aspects sont très bien documentés, par exemple, les conséquences bucco-dentaires de la succion non nutritive (Buithieu &

Dubé, 1996; Johnson & Larson, 1993; Turgeon-O'Brien et al., 1996). Cependant, la notion de croyance parentale est relativement nouvelle quand elle est associée aux habitudes de succion des enfants.

3.3 Construction et validation de l'instrument de mesure

Choix de l'instrument

Le choix de l'instrument de mesure s'est effectué en tenant compte des avantages et inconvénients des types d'outils (Mayer & Ouellet, 1991; Robert, 1988). Le questionnaire volontaire, rempli sans la présence du chercheur nous convient, entre autres pour ses coûts peu élevés, la distribution rapide et simultanée à un nombre important de sujets, l'uniformité des questions, l'anonymat des réponses, la période de réflexion plus grande qu'à une entrevue, la compilation uniforme des résultats, la possibilité d'inclure des questions ouvertes et fermées pour approfondir le sujet. Cependant, l'inconvénient de ne pouvoir être utilisé par de très jeunes enfants (Mayer & Ouellet, 1991) nous a obligé à adresser le questionnaire aux parents.

1^{ière} version du questionnaire

La construction du questionnaire provient de plusieurs sources : recension des écrits, consultation de questionnaires déjà existants sur la succion du pouce (Bureau & Roux, 1987; Garliner, 1974 : Lavoie, 1997; Picard, 1995; Van Norman, 1997). La consultation de trois parents et de deux professeurs en maternelle ainsi que notre propre

expérience clinique ont permis de vérifier le vocabulaire adapté à des parents francophones. Un exemplaire est disponible à l'Appendice B. La structure du questionnaire se répartit de la façon suivante :

Tableau 8

Structure de la première version du questionnaire

<i>Section pour tous</i>		
<i>Contenu</i>	<i>Sous-question ou cote</i>	<i>Sources</i>
Page de présentation	Objectif avec signature et date	Picard (1995)
Q1 : Données socio-démographiques	Date de naissance, sexe, nombre de semaines à l'accouchement	Vincent (1981)
Q2 : Déterminant sur la fréquence individuelle ou la prévalence en général par leur addition	Oui (pouce , doigt), non	Larsson (1993)
Q3 : Déterminant sur la durée, naissance à hier	Nombre de fois par jour, le jour ou la nuit en 6 cotes	Buithieu et Dubé (1996)
Q4 : Déterminant sur l'intensité (indicateur visuel pour le parent)	Oui, non, ne suce pas	Garliner (1974)
Q5 : Succion nutritive et non nutritive	Sein, biberon, suce, pouce selon l'âge à préciser	Buithieu et Dubé (1996)
Q6 : Moyens pris par les parents pour arrêter les suctions	Sein, biberon, suce, pouce	Mairesse (1978)
Q7 : Attitude du parent vis-à-vis la succion à la naissance	Prévalence en 4 cotes pour chaque attitude par différenciateur sémantique	Van Norman (1985)
Q8 : Attitude du parent vis-à-vis la succion à 5 ans	Idem	Mahalski et Stanton (1992)
Q9 : Prévalence dans la fratrie	Âge, sexe, oui ou non pour 4 enfants au maximum	Martin (1975)
Q10 : Objet transitionnel, habitudes secondaires	Oui, non. Spécifier l'objet	Winnicott (1974)
Q11 :Prévalence parentale	Répondant et l'autre parent en spécifiant l'âge de succion	Johnson et Larson (1993)

Tableau 8

Structure de la première version du questionnaire

<i>Section pour tous</i>		
<i>Contenu</i>	<i>Sous-question ou cote</i>	<i>Sources</i>
Q12 : Causes selon le parent	Causes	Ozturk (1977)
Q13 : Facteurs déclencheurs selon le parent	Facteurs déclencheurs	Klein (1974)
Q14 : Effets selon le parent	Effets	Yoshido et al. (1995)
Q15 : Succion selon le lieu	4 lieux privés ou publics : maison, école, garderie, parc, etc.	Friman (1993)
Q16 : Déterminant sur la manière	3 dessins et phrases : complet, moitié, bout du doigt	Johnston (1992)
Q17 : Échantillon potentiel pour suivi	Désir d'information et coordonnées	Picard (1995)
Q18 : Commentaires des parents	Commentaires	Bureau et Roux (1997)

Le questionnaire a été distribué en Montérégie. Les participants proviennent de trois écoles, dont six groupes de maternelle 5 ans. L'hygiéniste dentaire de chaque école a remis 130 questionnaires, 105 ont été complétés et deux rejetés car l'autorisation n'a pas été obtenue par les parents. Le taux de réponse se situe à 81 % dans un délai de deux semaines.

Le traitement des données a nécessité l'utilisation d'une grille pour faire ressortir les codes à chaque réponse. La matrice des données provient du logiciel Excel pour compiler la fréquence, la moyenne, l'écart type, le pourcentage, la probabilité aux questions 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 15. Une liste a permis de regrouper les réponses des parents aux questions ouvertes 6, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18.

Les résultats ont été présentés à l'Association canadienne française pour l'avancement de la science (ACFAS), en 1999. Ils ont surtout piqué notre intérêt en faisant l'analyse et en mettant en relief les points forts et faibles. L'hygiéniste collaboratrice a eu des avis des enseignantes en maternelle, du psychoéducateur, de l'orthophoniste et de quelques parents ayant répondu au questionnaire. Les points forts renforcent statistiquement la relation entre des attitudes parentales et le comportement de succion digitale. Les classes de maternelle sont un choix judicieux car les enseignantes avaient le temps d'expliquer la démarche aux enfants pour l'apporter à la maison et le ramener rapidement à l'école. D'autre part, la présentation visuelle du questionnaire est claire et il paraît court sur deux pages, l'idéal étant une seule page, selon les commentaires verbaux. Les questions sont adaptées aux parents moins scolarisés en présentant peu de consignes. Le fait que l'hygiéniste dentaire, déjà connue dans le milieu scolaire, ait elle-même distribué le questionnaire a contribué au taux de réponse élevé.

L'espace habituel pour effectuer la compilation des données avait été volontairement enlevé pour maximiser le contenu demandé aux parents. Cette présentation sans espace pour les données statistiques est semblable à celle de Bureau (1987), Picard (1995) et Garliner (1974) et à celle sur le sommeil de l'équipe d'Owens, Spirito, McGuinn et Nobile (2000).

Dans ses points faibles, le format 8 1/2 X 14 est encombrant, les réponses aux questions ouvertes sont longues à compiler. Ces réponses sont toutefois utilisées dans

les prochaines versions pour offrir des choix multiples aux parents. Les questions sur l'intensité et la fratrie semblent mal comprises, il faudrait les présenter autrement dans le questionnaire.

D'autre part, un suivi avait été demandé par l'hygiéniste collaboratrice, ce qui fut fait auprès des parents par téléphone et par une entrevue. Des hygiénistes du CLSC ont également reçu des informations complémentaires, des suggestions de stratégies, de documents ou de matériel didactique. Suite à ce projet, l'équipe de santé dentaire a élargi ses séances d'information par un service de consultation ponctuelle sur la succion du pouce.

Seconde version

La seconde version a adopté la démarche proposée par Valois (1999). Celui-ci propose cinq étapes : la détermination du problème à l'étude, la détermination du format général de l'instrument de mesure, la constitution de la banque d'items, l'évaluation du bassin initial d'items, la création d'échantillons pour tester la version pilote de l'instrument. La démarche complète exige généralement la construction du questionnaire, la validation du contenu, l'étude de fidélité, les corrélations items-total et inter-correlation, la contre-validation et les analyses factorielles confirmatoires. Un effort de rigueur pour intégrer le maximum d'étapes tout en respectant les contraintes de notre territoire ont permis la réalisation de plusieurs étapes.

Format général de la seconde version du questionnaire

Le nombre de variables étudiées dépasse largement le cadre de cette recherche. Les données socio-démographiques ont été bonifiées en ajoutant le revenu familial, le rang dans la famille et la situation familiale. Nous avons cependant procédé du général au spécifique ou de l'impersonnel au plus personnel, comme le suggèrent Mayer et Ouellet (1991). Le questionnaire est réparti en deux sections, l'une adressée à tous les parents d'enfants de maternelle et l'autre conçue exclusivement pour les suceurs actifs lors de la passation du questionnaire. Un modèle de la seconde version est disponible en Appendice C.

Validation des concepts

Les concepts d'attitudes parentales (Triandis, 1979 cité dans Valois, Godin & Desharnais, 1991), de succion du pouce (Turgeon-O'Brien et al, 1996) et de promotion de la santé de Hamilton et Bhatti (1996) ont été validés auprès de cinq juges provenant du milieu de l'enseignement post-secondaire. Les critères pour choisir les juges étaient leur connaissance des concepts, leur expérience dans le domaine de la santé dentaire et dans l'enseignement post-secondaire puisqu'ils sont généralement à l'affût des nouveautés et qu'ils possèdent les rudiments en recherche. Ainsi, huit spécialistes ont été invités à y participer, soit des dentistes, pédodontistes et hygiénistes enseignant au collégial ou à l'université. Toutefois, le traitement tient compte de cinq points de vue par des professeurs au collégial, les autres réponses n'étant pas arrivées dans le délai demandé.

Puisque le modèle de promotion de la santé et du comportement interpersonnel de Triandis incluant les attitudes et les habitudes ne seront pas utilisées dans la seconde orientation, nous allégeons la démarche en les mettant de côté. Seule la définition des concepts sur la succion du pouce selon Turgeon-O'Brien et al. (1996) est pertinente. Elle est disponible à l'Appendice D. Tous les juges consultés mettent en évidence la qualité du contenu. Ils sont unanimes et confirment positivement l'orientation choisie.

Validation de contenu

Le contenu du questionnaire est établi principalement en fonction de la recension des écrits, de l'analyse de la première version et de la validation des concepts par les cinq juges. Si le concept de succion est relativement simple, celui de l'attitude ou des croyances est plus difficile à évaluer auprès des parents. Son évaluation a pris deux formes; celle directe du différenciateur sémantique en utilisant 5 paires d'adjectifs bipolaires, ce qui est suffisant pour constituer le score d'attitudes selon Valois, Godin et Desharnais (1991). La seconde forme est directe également mais en utilisant l'échelle de Likert. Son avantage réside dans sa construction simple et dans la richesse de l'information où il y a place aux nuances et au score total de chaque individu (Mayer & Ouellet, 1991). Le nombre de réponses en contient généralement cinq, qui vont de l'approbation totale à la désapprobation totale en passant par un point neutre. Ce point neutre est optionnel (Mayer & Ouellet, 1991). Nous enlevons alors ces réponses neutres pour inciter les répondants à répondre favorablement ou défavorablement.

Le choix des énoncés sur les attitudes s'appuie principalement sur les réponses et commentaires qualitatifs de la première version. La comparaison entre les attitudes chez les bébés et chez les enfants de 5 ans est significative en général, nous voulons la mesurer dans un autre échantillon pour en confirmer la valeur. Quant aux sept énoncés de l'échelle Likert, trois relèvent des trois composantes de l'attitude dans le bloc nutritif, trois relèvent également de trois composantes de l'attitude dans le bloc non nutritif et un dernier énoncé approfondit la relation entre la suce et le pouce dans le volet non nutritif. Soulignons que nous avons fait le choix des items parmi une liste de 25 énoncés.

Les énoncés les plus clairs, concis et simples ont été retenus. Leur validation s'est faite auprès de trois parents. Ils n'ont changé aucun item. Deux préféraient l'échelle de Likert, un penchait vers les différenciateurs sémantiques. Ils ont suggéré de poser les questions aux parents de l'échantillon de la version-pilote en vérifiant l'ensemble du questionnaire. La validation du format général du questionnaire a été réalisée en ajoutant une page au questionnaire. Tous les parents ont été invités à le compléter. La compilation des résultats est disponible à l'Appendice E. Très sommairement, les parents indiquent que le questionnaire est complet, excellent. Les questions les plus importantes sont 3, 5, 7, 8, 12, les moins importantes 6, 7, 13. Les questions sont généralement claires. La question « 6 » pourrait être moins catégorique, des énoncés de la question « 12 » ne sont pas tous clairs. Les commentaires sont positifs, en général.

Un modèle de la structure du second questionnaire est disponible dans le prochain tableau.

Tableau 9

Structure de la seconde version du questionnaire

<i>Section pour tous</i>			
	<i>Contenu</i>	<i>Sous-question ou cote</i>	<i>Sources</i>
#	Page de présentation	Présentation de l'étude Autorisation par signature, date	1 ^{ière} version du questionnaire
#	Page de validation du contenu	Réponses des parents sur la structure et le contenu du questionnaire	Valois (1999)
1	Données socio-démographiques	Date de naissance, nombre de semaines pour l'accouchement	Mairesse (1978) Vincent (1981)
2	Déterminants : fréquence individuelle ou prévalence du territoire	Hier	Chartrand (1981) Larsson (1993)
3	Déterminant : durée (année) et fréquence quotidienne	Jamais, nuit, jour, le mois dernier, l'année dernière, 1 à 3 ans, naissance à 1 an	Chartrand (1981) Buithieu et Dubé (1996)
4	Succion non nutritive et succion nutritive vs la durée	Biberon, sein, suce, pouce, objet, période	Turgeon-O'Brien et al (1996)
5	Moyens pris par les parents pour la succion	Biberon, sein, suce, pouce, objet, moyens	Mairesse (1978) Vincent (1981)
6	Attitudes parentales, bébés naissants	Différenciateur sémantique pour 5 qualités dichotomiques	Van Norman (1985)
7	Attitudes parentales, 5 ans	Idem	Van Norman (1985)
8	Besoin vs habitude	Bébé naissant, enfant de 5 ans	Martin (1975) Larsson (1993)

Tableau 9 (suite)

Structure de la seconde version du questionnaire			
<i>Section : suceurs de pouce</i>			
<i>Contenu</i>	<i>Sous-question ou cote</i>	<i>Sources</i>	
9	Prévalence de la fratrie	Âge, sexe, succion	Johnson et Larson (1993)
10	Prévalence du parent répondant	Succion infantile	Johnson et Larson (1993)
11	Prévalence de l'autre parent biologique	Succion infantile	Johnson et Larson (1993)
12	Attitudes	D'accord à désaccord selon l'échelle de Likert, 7 énoncés	Johnson et Larson (1993)
13	Données socio-démographiques pour les parents	Situation familiale, revenu	Johnson et Larson (1993)
<i>Section : suceurs de pouce</i>			
<i>Contenu</i>	<i>Sous-question ou cote</i>	<i>Sources</i>	
14	Lieu de succion	Maison, école, garderie, lieux publics	Friman (1993)
15	Causes selon le parent	Fatigue, suce, sevrage, etc.	Ozturk (1977)
16	Facteurs déclencheurs selon le parent	Émotions de gêne, colère, ennui, etc.	Klein (1971)
17	Effets actuels et potentiels selon le parent	Prononciation, dentition, etc.	Johnson et Larson (1993)
18	Déterminant sur l'intensité	Fossette, menton, pouce déformé	Garliner (1974)
19	Déterminant sur la manière	Position du pouce dans la bouche	Johnston (1992)
20	Objet transitionnel, habitude secondaire	Couverture, mèche de cheveux, etc.	Winnicott (1975)
21	Attitudes	D'accord à désaccord selon l'échelle de Likert, 8 énoncés	Johnson et Larson (1993)
22	Commentaires, désir d'avoir des informations	Coordonnées, bassin pour la consultation	Bureau et Roux (1997)

Analyse de la seconde version

La majorité des parents, 62 sur 98 (63 %) ont retourné le formulaire en 48 heures. Il avait été remis le lundi pour éviter les oublis de la fin de semaine et, fait intéressant, un professeur avait surligné en couleur le texte en gras de « retourner à l'école le plus tôt possible ». Cette classe a obtenu le meilleur taux de réponse et le plus rapide parmi les cinq classes. Nous avons alors décidé d'utiliser ce rappel visuel coloré à la troisième version. Les questionnaires des parents d'enfants suceurs de pouce faisaient partie des 51 questionnaires remis en 24 heures, ce qui nous confirmait l'importance qu'ils accordaient à ce sujet.

L'analyse de la seconde version a été influencée plus particulièrement par l'opinion de deux professeurs. L'un insistait pour avoir un seul type d'échelle, Likert de préférence car l'analyse des réponses en serait facilitée et uniforme au niveau des variables. Cette suggestion amenait un changement majeur dans la formulation des items; il fallait reprendre toute leur validation. Le second professeur percevait de l'ingérence dans la vie privée par les questions socio-économiques qui avaient été acceptées antérieurement, ce qui amena finalement d'autres modifications.

Le recul nous révèle que les réponses des parents ont été compilées partiellement et que cette situation a amené à moins tenir compte de leurs réponses même si 62 parents avaient complété cette évaluation en une semaine. Des analyses sommaires, des pressions, des horaires excessivement coincés car les directeurs d'école avaient

accepté la distribution en mai ou en juin ainsi que le taux de réponses plus faible des parents à 70 % nous ont incité finalement à préparer une troisième version plus courte.

Troisième version

Nous avons conservé le format général du questionnaire, tel que suggéré par les juges et par les parents ayant complété la validation de l'instrument. Des modifications sont apparues nécessaires. Les questions 6 – 7 – 8 – 12 – 21 ont été refondues pour constituer une nouvelle banque d'items sur les attitudes (trois composantes) et sur la succion (deux composantes). Les questions 1 – 13 sur les données socio-démographiques ont été longuement discutées quant à leur pertinence, il fut décidé d'enlever le rang dans la famille, la situation familiale et le revenu annuel moyen. Nous avons alors conservé le sexe, le nombre de semaines à l'accouchement et l'âge actuel, selon la date de naissance. L'ordre des questions a été modifié selon la nouvelle structure suivante, d'abord les questions pour tous, ensuite le contenu plus personnel adressé aux suceurs de pouce actuels.

Tableau 10

Structure de la troisième version du questionnaire

Section pour tous

	Contenu	Sous-question ou cote	Sources
#	Page de présentation	Présentation de l'étude Autorisation par signature, date	1 ^{ère} et 2 ^e version du questionnaire
1	Données socio-démographiques	Date de naissance, nombre de semaines pour l'accouchement	Mairesse (1978) Vincent (1981)
2	Déterminants fréquence individuelle ou prévalence du territoire	Hier	Chartrand (1981) Larsson (1993)
3	Déterminant : durée (année) et fréquence quotidienne	Jamais, nuit, jour	Chartrand (1981) Buithieu et Dubé (1996)
4	Succion non nutritive et succion nutritive vs la durée	Biberon, sein, suce, objet, période	Turgeon-O'Brien et al. (1996)
5	Moyens pris par les parents pour la succion	Biberon, sein, suce, pouce, objet, moyens	Mairesse 91978) Vincent (1981)
6	Prévalence de la fratrie	Âge, sexe, succion	Martin (1975) Larsson (1993)
7	Prévalence des parents	Succion infantile	Johnson et Larson (1993)
8	Attitudes chez l'ensemble des enfants, sur la succion nutritive, non nutritive dans les 3 composantes	D'accord, plutôt d'accord, plutôt en désaccord et désaccord (15 énoncés)	Mahalski et Stanton (1992) Van Norman (1997)
	Espace pour commentaires	Idées des parents	1 ^{ère} version

Tableau 10 (suite)

Structure de la troisième version du questionnaire

<i>Section : suceurs de pouce</i>			
	<i>Contenu</i>	<i>Sous-question ou cote</i>	<i>Sources</i>
9	Lieu	Maison, école, garderie, lieux publics	Friman (1993)
10	Causes selon le parent	Fatigue, suce, sevrage, etc.	Ozturk (1977)
11	Déclencheurs actuels de la succion	Émotions de gêne, colère, ennui, etc.	Klein (1971)
12	Effets selon le parent	Prononciation, dentition, etc.	Johnson et Larson (1993)
13	Déterminant sur l'intensité	Fossette, menton, pouce déformé	Garliner (1974)
14	Déterminant sur la manière	Position du pouce dans la bouche	Johnston (1992)
15	Geste associé	Couverture, mèche de cheveux, etc.	Winnicott (1975)
16	Attitudes chez les suceurs de pouce actuels	Attentes, perception, etc.	Johnson et Larson (1993)
17	Désir de recevoir de l'information	Coordonnées, bassin pour la consultation	1 ^{ière} et 2 ^e version

Élaboration des items de la troisième version

Certaines règles de base (Dunn-Rankin, 1983) servent de guide dans la rédaction des énoncés : chaque item ne doit contenir qu'une seule idée, l'item ne doit pas être long, l'énoncé ne doit pas contenir d'expression ambiguë et les doubles négations sont à proscrire.

La notion de succion portait sur 2 composantes, nutritives et non nutritives (Turgeon-O'Brien et al, 1996) et celle de l'attitude sur les trois composantes cognitives,

affectives et comportementales (Valois, Godin & Desharnais, 1991), tel qu'accepté par les quatre juges lors de la validation des concepts. 70 items ont été rédigés pour couvrir l'ensemble des composantes en incluant ceux de la seconde version. Nous en avons éliminé 20 parce qu'ils étaient ambigus, redondants ou trop longs. Ainsi, 50 items ont été retenus en reliant les deux variables. Parmi les 50 énoncés, 14 d'entre eux concernaient la succion nutritive, dont le sein, le biberon et le verre à bec selon les périodes de la naissance à 5 ans. Les 36 énoncés sur la succion non nutritive recoupaient la succion de l'objet, de la suce, des doigts ou du pouce et ce, de la naissance jusqu'à 5 ans. Au niveau des composantes de l'attitude, 19 relèvent du domaine cognitif, 22 sont reliés à l'affectif et 8 au comportement. Cette répartition inégale est volontaire et vise à refléter leur apport réel dans la définition théorique et opérationnelle du construit. Ils ont été soumis aux juges pour les valider.

Validation des items par la méthode des juges

La consultation s'est réalisée auprès de cinq juges en enseignement de niveau collégial d'une région différente afin de préserver leur impartialité. En résumé, sur un total maximal de 25 items, les cotes des 15 items ont été unanimes quant à leur pertinence, 22 unanimes en regard de leur importance. Quant aux dimensions de l'attitude, 16 sont unanimes et 8 sont très élevées pour 4 des 5 juges. Les autres cotes sont plus dispersées. Nous expliquons ces écarts par une confusion possible des termes, par une priorité de mots-clés différents dans un même énoncé. Par exemple à l'item 8 où « c'était compliqué de nourrir mon enfant, il pleurait souvent ». On retrouve

« compliqué » possiblement associé majoritairement à l'affectif, « nourrir » au comportemental et « souvent » au cognitif car les deux autres juges l'ont perçu dans les autres dimensions.

En ce qui a trait à la succion nutritive et non nutritive, tous les juges sont en accord avec tous les énoncés dans leur catégorie respective. Nous expliquons ce dernier résultat par les définitions des concepts et des dimensions très claires.

La modification des items était régie par les critères du nombre de juges en accord et de couverture de l'ensemble des composantes à soumettre ultérieurement aux parents. Ainsi, pour qu'un item soit conservé, il doit être classé dans la même dimension pour au moins 4 des 5 juges et il devait correspondre à l'une ou l'autre des composantes afin d'obtenir un portrait complet. Si un item ambigu était le seul à mesurer une dimension, il était modifié selon la définition conceptuelle. Ainsi, l'item 43 a été reformulé et il se retrouve à l'item 16. L'Appendice F résume les critères d'inclusion et d'exclusion des items.

À la fin de cette étape, 25 items sont placés dans un ordre chronologique, généralement de la naissance à 5 ans. Dans le troisième questionnaire, les items 1 à 15 apparaissent dans la section pour tous tandis que les items 16 à 25 sont réservés à la section des parents d'enfants suceurs de pouce actuels. La plus forte proportion d'items a trait aux composantes cognitives et affectives de l'attitude tandis que la succion non nutritive digitale est présentée davantage que celle nutritive qui est moins problématique

dans cette étude. Les énoncés sont répartis selon les trois composantes de la succion et des croyances, telles que présentées dans le tableau 11.

Tableau 11

Énoncés selon les dimensions reliées à la succion et aux croyances

Numéro		Énoncés	Dimensions principales	
Ancien	Nouveau		Succion	Croyances
14	1	Avant l'accouchement, j'étais contente d'avoir déjà une suce.	SNN, suce	Affective
10	2	J'aime la tradition où c'est naturel d'allaiter son enfant au sein.	SN, sein	Affective
11	3	Dès la naissance, j'ai bien fait d'enlever le pouce de la bouche de mon enfant.	SNN, pouce	Comportementale
6	4	C'est important qu'un enfant boive au verre le plus tôt possible.	SN, verre	Cognitive
13	5	C'est plus facile pour l'enfant de cesser la suce que le pouce.	SNN, suce et pouce	Cognitive
35	6	L'enfant peut attraper des maladies quand il met ses doigts dans sa bouche.	SNN, pouce	Cognitive
13	7	C'est sécurisant pour un bébé de sucer son pouce.	SNN, pouce	Affective
19	8	C'est beau quand un enfant suce son pouce.	SNN, pouce	Affective
20	9	Le bébé qui suce son pouce répond à une habitude plutôt qu'un besoin.	SNN, pouce	Cognitive
23	10	L'enfant de 5 ans qui suce son pouce répond à une habitude plutôt qu'un besoin.	SNN, pouce	Cognitive

Tableau 11 (suite)

Énoncés selon les dimensions reliées à la succion et aux croyances

Numéro		Énoncés	Dimensions principales	
Ancien	Nouveau		Succion	Croyances
18	11	La succion du pouce, d'une suce ou d'un objet est inutile.	SNN, pouce, suce, objet	Cognitive
22	12	C'est sécurisant pour un enfant de 5 ans de sucer son pouce.	SNN, pouce	Affective
26	13	Je crois que les risques d'avoir les dents croches à cause du pouce sont exagérés.	SNN, pouce	Cognitive
29	14	Je pense que la succion du pouce peut être gênante à l'école.	SNN, pouce	Cognitive
39	15	Je suis d'accord qu'un enfant de 5 ans boive au sein ou au biberon.	SN, sein et biberon	Cognitive
43	16	C'est moi, le parent qui devrait décider quand arrêter la succion.	SNN, pouce	Comportementale
44	17	C'est surtout l'enfant qui devrait décider quand arrêter la succion.	SNN, pouce	Comportementale
45	18	Je suis influencé(e) par les commentaires des autres parents, amis.	SNN, pouce	Affective
41	19	Je suis influencé(e) par l'opinion des professionnels qui suggèrent d'arrêter la succion.	SNN, pouce	Affective
46	20	Je pense que ce sera facile d'arrêter la succion d'ici 6 mois.	SNN, pouce	Cognitive
47	21	Je me sens très inquiet (e) des conséquences possibles de la succion.	SNN, pouce	Affective

Tableau 11 (suite)

Énoncés selon les dimensions reliées à la succion et aux croyances

Numéro		Énoncés	Dimensions principales	
Ancien	Nouveau		Succion	Croyances
48	22	Je me sens incapable d'aider mon enfant à arrêter la succion.	SNN, pouce	Affective
49	23	La succion limite l'enfant dans ses activités sociales.	SNN, pouce	Cognitive
31	24	Arrêter de sucer son pouce à 5 ans équivaut à arrêter de fumer pour un adulte	SNN, pouce	Comportementale
50	25	J'accorde beaucoup d'importance à l'arrêt de la succion.	SNN, pouce	Cognitive

Un modèle de la troisième version est disponible à l'Appendice G. Il est à remarquer que la lettre d'autorisation des trois versions fait référence à un questionnaire qui serait distribué en Suisse. En effet, des démarches ont également eu lieu pour effectuer une validation transculturelle, trois hygiénistes dentaires du Québec, travaillant en Suisse française, y ont participé. Elles avait remplacé les termes « suce » par « lolette » et « région » par « canton ». Une enseignante l'avait vérifié, accepté et remis à sa direction. Ainsi, une école était prête à le compléter, soit une centaine d'enfants de 5 à 6 ans, soit l'âge équivalent à notre échantillon. Cependant, les questions de recherche n'étaient pas orientées pour comparer deux échantillons de pays différents. Cette possibilité très intéressante fut alors mise de côté, tout simplement afin

d'exploiter davantage les versions actuelles à améliorer et à poursuivre les autres étapes de ce projet.

Validation d'items sur les théories en éducation

À la suite du changement d'orientation pour approfondir les croyances et les moyens pris par les parents selon les courants en éducation, une autre validation d'items a été réalisée auprès de quatre juges experts, en enseignement d'études supérieures. Les questionnaires et les résultats sont disponibles à l'Appendice H.

Les définitions acceptées sont celles qui sont présentées aux juges. Leurs commentaires positifs ont prévalu sur quelques suggestions mineures. Quant à la validation des items, la première cote s'élève à 75 % ou plus d'accord interjuges. Une brève analyse de la fidélité de la troisième version permettra d'en évaluer la valeur métrologique.

Fidélité

La consistance interne de la troisième version correspond à un coefficient alpha de ,66. Cette valeur provient des parents qui ont complété les deux sections. La cohorte est plus petite avec les 39 parents qui ont rempli les 25 énoncés. Il y aurait une faible corrélation entre les variables, ce qui est normal en vérifiant la caractère indépendant des énoncés présentés dans le tableau 12. Par exemple, les énoncés 9 et 10 sont cognitifs pour la succion du pouce mais l'un vérifie la croyance à la naissance tandis

que l'autre le confirme ou l'infirme à 5 ans, ce qui indique une évolution dans les croyances selon l'âge de l'enfant. Selon Borg et Gall (1989), une cote inférieure à ,70 est faible. À partir de ,70, sa valeur s'avère moyenne et à ,85 et plus, elle est considérée forte. Certains items abaissent sa valeur, il est pertinent de les éliminer, tel que suggéré dans le tableau suivant :

Tableau 12

Qualités métrologiques des énoncés			
Composante des croyances	Nombre d'items	Étendue	Alpha de Cronbach
Affective	9	1 à 4	,56
Cognitive	12	1 à 4	,66
Comportementale	4	1 à 4	-,11
Types de succion			
Nutritive	3	1 à 4	,07
Non nutritive	22	1 à 4	,65

L'analyse du coefficient alpha indique une faible corrélation entre les items. Ce manque de corrélation peut être expliqué par le nombre peu élevé d'items qui influence le coefficient de Cronbach, par exemple quatre et trois items respectivement pour la composante comportementale et nutritive. Dans la composante comportementale dont la consistance interne se situe à -,11, chaque énoncé est indépendant pour évaluer différents aspects complémentaires. L'un des quatre énoncés s'adresse à tous les

parents tandis que les trois autres items sont réservés aux suceurs actuels en vérifiant qui doit décider (parent ou enfant) et la croyance que l'arrêt de la succion digitale équivaut à l'arrêt de la cigarette. Quant au volet nutritif dont la consistance interne correspond à ,07, les trois items évaluent chacun une dimension respective de la succion nutritive au sein, au biberon et au verre. Chacun des items s'avère alors nécessaire pour obtenir un portrait détaillé tout en respectant la décision initiale de présenter un questionnaire court aux parents.

L'orientation choisie élimine l'alternative selon laquelle il serait possible d'améliorer la consistance interne en ôtant certains énoncés. Dans le bloc non nutritif, le coefficient alpha à ,65 augmenterait à 0,67 en ôtant l'item sur les dents croches (section pour tous) ou à ,68 en enlevant l'item 17 (section suceurs actuels) dans lequel l'enfant doit décider lui-même. Les deux items enlevés permettraient d'atteindre le seuil moyen situé à ,70 ou plus. Le bloc affectif grimperait de 5 points en ôtant l'item 8 « que c'est beau de sucer son pouce ». La composante cognitive monterait à ,69 en ôtant l'item 15 et davantage en combinant l'élimination des items 8, 13, 15, 17. On obtiendrait alors la fidélité généralement souhaitée de ,70 ou plus sur la fidélité de l'instrument de mesure. Il est évident que cette prise de position pourrait être révisée dans une étude prédictive où la démarche serait confirmatoire, au lieu d'être exploratoire dans une vision écologique, comme c'est le cas dans la présente étude. Le traitement des données conserve alors les 25 énoncés. Procédons maintenant au déroulement de la recherche et à la collecte de données.

3.4 Déroutement et collecte des données

La première étape était d'obtenir l'autorisation de chacune des directions d'école ayant des élèves à la maternelle. Ce fut réalisé majoritairement par rencontre individuelle et par téléphone dans une école en ayant recours aux deux hygiénistes dentaires attirées à ces écoles. Toutes les réponses furent positives et les lettres présentant ce projet permettaient d'en faire le suivi auprès des enseignants à la maternelle (Appendice I). Les enseignants étaient généralement informés en quelques jours. Ils ont tous accepté en souhaitant connaître les résultats et des trucs s'ils ne pouvaient pas référer à l'hygiéniste dentaire dont la disponibilité est limitée. Les rôles étaient précisés. D'autre part, la direction du CLSC de Joliette acceptait de fournir toutes les photocopies, les enveloppes et certains frais de déplacement.

La seconde étape fut la distribution en deux jours de tous les questionnaires placés dans des enveloppes pour en assurer la confidentialité. Un court questionnaire adressé aux enseignants était collé sur l'enveloppe afin de comparer le nombre perçu par les enseignantes en classe et les réponses des parents. La moitié des professeurs l'ont complété. La tendance indiquait un nombre plus faible de suceurs identifiés par les enseignants que celui identifié par les parents mais nous n'examinons pas davantage ce volet. Ainsi, les enseignants remettaient les questionnaires aux enfants et ces derniers les rapportaient le plus tôt possible. Les parents donnaient leur autorisation à participer à cette étude sur la page de présentation.

La troisième étape pour récupérer les questionnaires a eu lieu environ 10 jours plus tard, soit au début juin. L'une ou l'autre des deux hygiénistes téléphonait à l'école pour vérifier si les questionnaires étaient acheminés au secrétariat ou dans la classe de l'enseignante. Quelques questionnaires ont été reçus jusqu'à la fin de l'année scolaire par le biais des infirmières scolaires ou par la poste. Ils ont été inclus dans la cueillette de données.

La quatrième étape fut d'assurer un suivi auprès des directions de l'école du CLSC ainsi que les parents ayant demandé de l'information. À l'automne 99, 26 parents sur 29 ayant demandé de l'information ont été rejoints par téléphone. Plusieurs enfants avaient cessé la succion dans ce délai tandis que les autres ont reçu une missive d'activités simples à réaliser à la maison vis-à-vis cette habitude (Appendice J). Comme convenu, des résultats préliminaires et la missive ont été remis aux hygiénistes dentaires, aux directions du CLSC et des écoles. Ces dernières en informaient les enseignantes à la maternelle.

3.5 Plan d'analyse des données

Les données sont transcrites dans une matrice de données sur Excel et transférées sur SPSS, version 10. Les données aberrantes sont vérifiées par une double saisie de données et enlevées ou corrigées, pour avoir un portrait réel de la clientèle. Quant aux questionnaires retirés pour raison incomplète, ils devaient contenir 20 % de cases vides dans les questions cruciales reliées aux croyances. Des cases devenaient non

applicables selon les réponses. Par exemple, une mère qui n'a pas allaité son enfant ne devait rien inscrire dans les cases du début et de fin d'allaitement au sein. D'autre part, nous utilisons les moyennes réelles au lieu des moyennes standardisées afin d'être plus précis dans les résultats.

Lors du traitement de l'analyse des données, nous débutons par des statistiques descriptives, telles que des fréquences, moyennes, écarts types, pour cerner les caractéristiques des participants, tels que le sexe, l'âge. Par la suite, des tableaux croisés et des analyses univariées ANOVA permettent d'explorer la relation entre les différentes variables.

En résumé, la méthode présente les participants ayant participé volontairement à cette étude, soit les parents d'enfants à la maternelle puisque 5 ans est un âge critique pour éprouver différentes conséquences plus permanentes et que les enfants ne peuvent écrire à cet âge. Les parents précisent leurs croyances et décrivent la succion nutritive et non nutritive de leur enfant depuis la naissance par le biais d'un instrument de mesure, le questionnaire. Ce dernier a connu trois versions utilisées qualitativement et quantitativement dans différents territoires, le troisième échantillon étant l'équivalent du territoire du CLSC de Joliette. La construction et la validation de l'outil a permis d'uniformiser les définitions et les items selon la méthode des juges dont les opinions sont généralement unanimes. La faible consistance interne avec un coefficient alpha à ,66 pourrait facilement être améliorée. Toutefois, il a été convenu de conserver tous les énoncés car ils permettent de dresser un portrait reflétant l'ensemble des croyances

des parents en regard avec la succion nutritive et non nutritive. Ce choix s'inscrit bien dans ce type de recherche descriptive, de nature exploratoire. La distribution des questionnaires a eu lieu dans 12 écoles primaires de la région de Lanaudière, en mai et juin 1999. La saisie et le traitement des données ont été réalisés sur le logiciel Excel et sur le logiciel SPSS. Les résultats sont présentés dans le prochain chapitre.

CHAPITRE 4

Résultats

Les résultats présentent les réponses aux quatre questions de recherche. Ils sont présentés selon leur ordre respectif. Toutefois, pour situer davantage les questions de recherche, nous commençons d'abord par vérifier s'il existe un lien entre la succion nutritive et non nutritive.

Tableau 13
Pourcentage des enfants selon leur expérience de la succion digitale
en fonction de la succion nutritive

	Sein		Biberon		Mixte	
	(N = 45)		(N = 29)		(N = 54)	
	N	%	N	%	N	%
Jamais le pouce	16	5	184	52	153	43
Pouce entre 0 et 5 ans	4	7	25	44	28	49
Pouce à la maternelle	2	5	16	41	21	54

Les enfants qui n'ont jamais sucé leur pouce ont été davantage nourris au biberon (52 %). Ils ont moins reçu le sein. Les enfants qui ont cessé de sucer leur pouce entre 0 et 5 ans sont dans la moyenne supérieure pour être allaités exclusivement au sein mais le pourcentage diminue à 44% pour l'utilisation du biberon. Les suceurs actuels à la maternelle sont ceux qui ont moins reçu le biberon à 41 %. Donc, 59% d'entre eux ont eu le sein pour s'alimenter. Ainsi, le mode d'alimentation artificielle avec le biberon et la suce (non nutritive) se retrouve davantage chez les enfants n'ayant jamais sucé leur pouce. Cependant, il n'existe aucune différence significative entre les groupes choisis.

4.1 Première question

Quelles sont les croyances des parents en lien avec les différents types de succion ? Les 15 énoncés ont obtenu les moyennes et écarts types présentés dans le tableau 13. Le score minimal était 1 alors que le score maximal était 4 en complétant l'échelle de Likert à 4 choix possibles.

Tableau 14
Moyennes et écarts types des énoncés

Énoncés	N	M	ÉT
1 Avant l'accouchement, j'étais contente d'avoir déjà une suce.	412	2,88	1,09
2 J'aime la tradition où c'est naturel d'allaiter son enfant au sein.	432	3,45	0,83
3 Dès la naissance, j'ai bien fait d'enlever le pouce de la bouche de mon enfant.	397	2,66	1,19
4 C'est important qu'un enfant boive au verre le plus tôt possible.	436	2,72	0,98
5 C'est plus facile pour l'enfant de cesser la suce que le pouce.	425	2,98	1,11
6 L'enfant peut attraper des maladies quand il met ses doigts dans sa bouche.	437	3,05	1,05

Tableau 14 (suite)

Moyennes et écarts types des énoncés

Énoncés	N	M	ÉT
7 C'est sécurisant pour un bébé de sucer son pouce.	428	2,98	1,00
8 C'est beau quand un enfant suce son pouce.	427	1,65	0,87
9 Le bébé qui suce son pouce répond à une habitude plutôt qu'un besoin.	429	2,50	1,09
10 L'enfant de 5 ans qui suce son pouce répond à une habitude plutôt qu'un besoin.	433	3,23	0,99
11 La succion du pouce, d'une suce ou d'un objet est inutile.	431	2,27	1,07
12 C'est sécurisant pour un enfant de 5 ans de sucer son pouce.	425	2,02	1,04
13 Je crois que les risques d'avoir les dents croches à cause du pouce sont exagérés.	437	2,10	1,06
14 Je pense que la succion du pouce peut être gênante à l'école.	441	3,73	0,53
15 Je suis d'accord qu'un enfant de 5 ans boive au sein ou au biberon.	438	1,15	0,53

Les énoncés 14 – 2 – 10 – 6 présentent les moyennes d'accord supérieures à 3 (échelle de 1 à 4 sur l'échelle Likert). L'énoncé 14 « Je pense que la succion peut être gênante à l'école » obtient en moyenne 3,73 (ET = 0,53), suivi de l'énoncé # 2 « J'aime la tradition où c'est naturel d'allaiter son enfant au sein (M = 3,45 et ET = 0,83).

L'énoncé 10 « L'enfant de 5 ans qui suce son pouce répond à une habitude plutôt qu'un besoin » obtient la moyenne de 3,23 et $ET = 0,99$ comparativement à l'énoncé 6 « L'enfant peut attraper des maladies quand il met ses doigts dans sa bouche » ayant une moyenne de 3,05, $ET = 0,83$. Le degré d'accord des parents est plus étendu avec l'énoncé 7 ($M = 2,98$ et $ET = 1,00$), l'énoncé 5 ($m = 2,98$, $Et = 1,11$), l'énoncé 1 ($M = 2,88$ et $ET = 1,09$), l'énoncé 4 ($m = 2,72$ et $ET = 0,98$). Ils sont suivis, par ordre décroissant de l'énoncé 3 ($M = 2,66$ et $ET = 1,19$), l'énoncé 9 ($M = 2,50$ et $ET = 1,09$) l'énoncé 11 ($M = 2,27$ et $ET = 1,07$), l'énoncé 13 ($M = 2,10$ et $ET = 1,06$) et l'énoncé 12 ($M = 2,02$ et $ET = 1,04$). Les parents sont davantage en désaccord avec l'énoncé 8 « C'est beau quand un enfant suce son pouce » et l'énoncé 15 « Je suis en accord qu'un enfant de 5 ans boive au sein ou au biberon » atteint respectivement 1,65 et $ET = 0,87$ et le plus faible taux avec $M = 1,15$ et $ET = 0,53$. La matrice des intercorrélations, selon Pearson, est présentée dans le tableau 14.

Tableau 15
Matrice des intercorrélations

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1-		,16**	,11*	,08	,09	,08	,09	,05	,04	,12*	-,06	-,01	-,07	,03	-,11*
2-			-,01	,04	,02	,08	,19**	,11**	-,07	,02	-,05	,05	,03	,01	,02
3-				,41**	,24**	,24**	-,26**	-,27**	,32**	,22**	,14**	-,12**	-,09	,11**	-,01
4-					,20**	,24**	-,12*	-,08	,28**	,19**	,31**	-,06	-,02	,14**	-,01
5-						,14**	,01	,02	,10*	,09	,07	-,03	-,08	,15**	-,16**
6-							-,01	,10*	,21**	,20**	,17**	-,13	-,09	,08	-,02
7-								,30**	-,32**	-,10*	-,26**	,28**	-,05	-,04	-,06
8-									-,09	,04	-,09	,23**	,16**	-,07	0,01
9-										,39**	,41**	-,29**	,07	,03	,04
10-											,23**	-,25**	-,03	,23**	-,07
11-												-,22**	,05	,07	,07
12-													,04	-,06	,09
13-														-,03	,16**
14-															-,11*
15-															

* p » ,05 ** p » ,01 *** p » ,001

Variables

1- Suce à l'accouchement
5- Arrêt suce/pouce
9- Bébé habitude/besoin
13- Risque de dents croches

2- Tradition du sein
6- Maladies par les doigts
10- Enfant 5 ans habitude/besoin
14- Suction gênante à l'école

3- Pouce ôté à la naissance
7- Pouce sécurisant pour les bébés
11- Suction est inutile
15- Sein ou biberon à 5 ans

4- Verre pour boire tôt
8- Pouce est beau pour les bébés
12- Pouce sécurisant à 5 ans

La force de la corrélation (Cohen, 1977) est considérée petite à ,10, moyenne à ,30 et grande à ,50. Les relations significatives sont soulignées par les astérisques. Les corrélations entre ,10 et ,19 regroupent 22 paires, celles de ,20 à ,29 rejoignent 18 paires. Elles sont moyennes pour les six paires 3-4, 3-9, 4-11, 7-8, 7-9 et 9-10. La corrélation la plus élevée atteint ,41. Les énoncés ne sont pas redondants en étant tous inférieurs au seuil critique de ,60. Le tableau confirme également que la valeur du coefficient alpha est réelle, pas gonflée artificiellement par des items redondants. Les relations sont significatives chez 47 paires. Y a-t-il une différence significative de croyances selon les types de succion ? Les résultats sont abordés selon l'aspect nutritif et non nutritif.

Croyances et succion nutritive

Pour répondre à la question portant sur les croyances des parents en lien avec la succion nutritive et non nutritive, trois groupes de parents ont été formés. Le premier est constitué de 23 enfants exclusivement allaités au sein, le second de 34 enfants nourris au biberon parmi 205 enfants sélectionnés par un T-Test à groupe indépendant afin de s'assurer que ce sous-groupe ne soit pas différent de l'échantillon total. Le troisième sous-groupe est l'allaitement mixte avec 37 enfants parmi 184 enfants choisis par le même T-Test à groupe indépendant. Des analyses de variance (ANOVA) ont été réalisées afin de découvrir des différences significatives dans les croyances selon les types de succion nutritive. Les analyses significatives ont été suivies d'un test de comparaison des moyennes a posteriori LSD afin de préciser quelles paires de moyennes

présentaient une différence significative. Deux croyances par rapport à la succion nutritive sont présentées dans le tableau 16.

Tableau 16
Comparaison de moyennes a posteriori des
croyances pour les trois groupes de succion nutritive

	Sein		Biberon		Sein et biberon			
	(N = 23)		(N = 34)		(N = 37)			
	M	ET	M	ET	M	ET	F	
J'aime la tradition où c'est naturel d'allaiter son enfant au sein.	3,92	0,28	3,15	1,08	3,89	0,39	12,53***	
Le bébé qui suce son pouce répond plus à une habitude qu'à un besoin.	2,30	1,02	2,97	1,09	2,46	1,10	3,21**	
*** p « 0,001	** p « 0,045							

Les analyses a posteriori LSD indiquent que le premier énoncé, dans lequel la mère aime la tradition où c'est naturel d'allaiter son enfant au sein, montre des différences significatives ($F(2,92) = 12,53$ et $p = 0,001$). Les différences se retrouvent entre les enfants nourris au biberon ($M = 3,15$ et $ET 1,08$) et les deux autres groupes, soit l'allaitement au sein ($M = 3,92$ et $ET = 0,28$) et l'allaitement mixte ($M = 3,89$ et $ET = 0,39$). Il n'y a pas de différence significative entre l'allaitement au sein et l'allaitement mixte.

Les mêmes analyses montrent des différences significatives avec l'énoncé où le bébé qui suce son pouce répond plus à une habitude qu'à un besoin ($F(2,91) = 3,71$ et $p = 0,04$). Les différences entre les trois groupes sont reliées au degré plus élevé d'accord des parents offrant le biberon ($M = 2,97$ et $ET = 1,09$) comparé aux deux autres groupes, soit l'allaitement mixte ($M = 2,46$ et $ET = 1,10$) et le sein exclusivement ($M = 2,30$ et $ET = 1,02$).

Croyances et succion non nutritive

Les analyses univariées suivies par des analyses a posteriori mettent en évidence les croyances ayant des différences significatives parmi trois groupes. Le premier groupe, composé d'enfants ayant utilisé la suce, provient d'un échantillon au hasard de 45 sujets parmi les 245 qui a été vérifié par un T-Test à groupe indépendant pour vérifier si le sous-échantillon n'est pas différent de l'échantillon total. Il est comparé au deuxième groupe des 29 suceurs à la naissance et au troisième groupe constitué des 54 utilisateurs de suce et du pouce. L'objet de succion non nutritive n'étant pas pris à la naissance par les enfants, il est exclus. Les trois croyances ayant des différences significatives sont présentées dans le tableau suivant.

Tableau 17
 Comparaison de moyennes a posteriori
 des croyances pour les trois groupes de succion non nutritive

	Suce		Pouce		Suce et pouce		
	(N = 45)		(N = 29)		(N = 54)		
	M	ET	M	ET	M	ET	F
Contente d'avoir une suce avant l'accouchement.	3,02	1,06	2,24	1,15	2,94	1,05	6,84**
Dès la naissance, bien fait d'ôter le pouce.	2,77	1,18	2,37	1,19	2,35	1,08	3,84**
Sécurisant pour un bébé de sucer son pouce.	2,96	0,99	3,35	0,91	3,21	0,93	3,42**

** p « 0,05 *** p « 0,001

La croyance reliée au fait d'être contente d'avoir une suce avant l'accouchement présente des différences significatives ($F = (2,325) = 6,84$ et $p = 0,001$). Les analyses a posteriori (LSD) montrent des différences entre le groupe de parents d'enfants suçante le pouce et les deux autres groupes. Les enfants ayant utilisé la suce ont des parents plus en accord avec cet énoncé ($M = 3,02$ et $ET 1,06$) que ceux du groupe de la suce et du pouce ($M = 2,24$ et $ET = 1,15$).

Les mêmes analyses quant à la croyance que, « dès la naissance, la mère a bien fait d'ôter le pouce de la bouche d'un enfant » ($F (2,322) = 3,84$ et $p = 0,02$) montrent des différences significatives. Les parents sont davantage en accord avec cette croyance

lorsque les enfants ont expérimenté la succion de la suce ($M = 2,77$ et $ET = 1,18$) que lorsque les enfants ont utilisé le pouce ($M = 2,35$ et $ET = 1,18$).

Les analyses a posteriori indiquent des différences significatives dans la croyance que « c'est sécurisant pour un bébé de sucer son pouce » entre le groupe d'enfants ayant pris le pouce et celui utilisant la suce ($F = (2,339) = 3,42$ et $p = 0,03$). Les parents dont l'enfant suce le pouce perçoivent ce moyen plus sécurisant ($M = 3,35$ et $ET = 0,91$) que ceux dont l'enfant a utilisé la suce ($M = 2,96$ et $ET = 0,99$).

Les croyances possèdent trois composantes (Rokeach, 1968), affectives, cognitives et comportementales. Dans le volet affectif, on retrouve par exemple « C'est beau quand un bébé suce son pouce » tandis que le volet cognitif correspond à « Je crois que les risques d'avoir les dents croches à cause du pouce sont exagérés ». Pour sa part, le volet comportemental est illustré par « Dès la naissance, j'ai bien fait d'enlever le pouce de la bouche de mon enfant ». Elles sont étudiées selon les blocs nutritifs et non nutritifs. En d'autres termes, il s'agit de vérifier dans quelle mesure les différentes composantes se retrouvent dans les différents types de succion. Les résultats apparaissent au tableau 18. Le volet nutritif inclut 140 sujets parmi le groupe de 449 parents choisis à partir d'un T-Test à groupe indépendant. Le volet non nutritif regroupe généralement 96 participants.

Tableau 18
Moyennes des composantes affectives, comportementales
et cognitives en fonction des blocs nutritifs et non nutritifs

Types de suction	Composantes des croyances								
	Affectives			Comportementales			Cognitives		
	N	M	ET	N	M	ET	N	M	ET
Nutritive									
Sein	25	2,61	0,57	21	2,57	1,21	25	2,65	0,41
Biberon	34	2,45	0,61	34	2,82	1,31	34	2,73	0,52
Mixte	37	2,65	0,44	37	2,68	1,23	37	2,59	0,48
Non nutritive									
Suce	33	2,67	0,59	32	2,40	1,16	33	2,56	0,38
Pouce	51	2,65	0,65	46	2,67	1,14	51	2,65	0,45
Suce et pouce	56	2,71	0,52	54	2,35	1,08	56	2,53	0,39

Les croyances indiquent des moyennes en accord dans les composantes affectives, comportementales et cognitives. Elles ne démontrent aucune différence significative, autant dans le bloc nutritif que non nutritif, en se situant en moyenne entre 2,35 et 2,82. Autrement dit, les parents manifestent autant de croyances affectives, comportementales et cognitives que ce soit en lien avec la suction nutritive ou non nutritive.

En résumé, les résultats obtenus à la première question suggèrent des relations significatives entre certaines croyances des parents et l'habitude de suction de leur enfant. Ainsi, les parents adoptent des comportements de tendance naturelle avec le sein et le pouce tandis que les autres parents utilisent des modes plus artificiels avec le

biberon et la suce. Les mères qui ont nourri leur enfant au biberon aiment moins la tradition que c'est naturel d'allaiter au sein et elles croient davantage que le bébé qui suce son pouce a une habitude, comparé aux deux autres groupes de parents. Ces mêmes parents dans le volet non nutritif étaient contents d'avoir une suce avant l'accouchement et croyaient avoir bien fait d'ôter le pouce à la naissance. Ils considèrent moins que le pouce est sécurisant que les deux autres groupes de parents dont l'enfant a pris le pouce ou la suce et le pouce. Les croyances comprennent trois composantes : affectives, cognitives et comportementales (Rokeach, 1968). Aucune différence n'est observée entre ces trois composantes et ce, dans les deux types de succion nutritive et non nutritive. En d'autres mots, les parents dans le cadre de leurs croyances font autant appel aux trois composantes. Les autres questions permettent d'approfondir les connaissances de ce phénomène de succion en regard de l'éducation, de l'âge des enfants et des microsystèmes (Bronfenbrenner, 1979, 1986, 1992).

4.2 Deuxième question

Quels sont les moyens que les parents ont adoptés pour arrêter les différentes sortes de succion, selon l'âge de leur enfant ? Précisons d'abord l'âge de début et d'arrêt selon les types de succion.

Tableau 19
Moyennes et écarts types pour les formes d'alimentation
en fonction de l'âge du début et d'arrêt (mois)

Types de succion ^a	Début			Arrêt		
	N	M	ET	N	M	ET
Nutritive						
Biberon	370	1,64	2,48	370	13,43	6,18
Sein	198	0,01	0,12	198	4,84	4,64
Non nutritive						
Suce	286	0,53	1,80	286	17,77	10,89
Pouce	71	1,65	4,14	71	32,82	27,85
Objet	20	6,05	7,88	20	32,35	23,23

a Catégories établies selon le modèle de Turgeon-O'Brien et al. (1996)

Sous l'angle de la succion nutritive, les données révèlent que l'alimentation au sein a commencé à la naissance tandis que le biberon a débuté en moyenne à 1 1/2 mois. L'arrêt du sein se produit autour de l'âge de 5 mois (ET = 4,64 mois) tandis que le biberon est plus tardif à 13,43 mois (ET = 6 mois). Quant à la succion non nutritive, l'utilisation de la suce a commencé presque à la naissance, en moyenne à 0,53 mois (ET = 1,81 mois), suivie de l'utilisation du pouce à 1,65 mois (ET = 4,14 mois) et celle de l'objet à 6,05 mois (ET = 7,88 mois). L'arrêt de la succion non nutritive adopte le même ordre en ayant de grands écarts types : d'abord la suce (M= 17,77 mois), ensuite l'objet (M=32,35 mois) et finalement le pouce (M=32,82). Il est à remarquer que le

sein, le biberon et la suce ont cessé avant 1 1/2 an tandis que l'arrêt de la succion de l'objet et du pouce ont lieu beaucoup plus tard, presque à 3 ans. L'âge est maintenant considéré dans les deux prochaines figures .

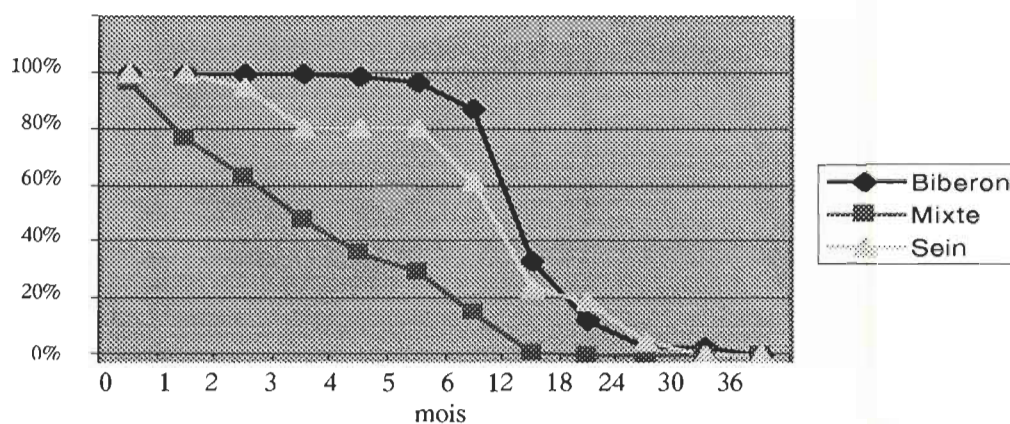


Figure 9. Prévalence de la succion nutritive selon l'âge.

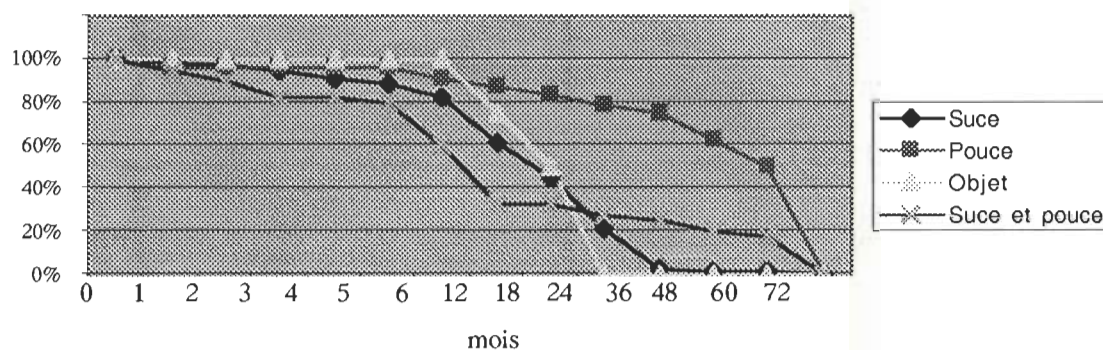


Figure 10. Prévalence de la succion non nutritive selon l'âge.

En général, 61 % des enfants ont reçu une suce à la naissance. La succion exclusive du pouce était faite par 7 % et la succion de l'objet par 1 % des enfants. Certains enfants utilisaient simultanément 2 ou 3 types de succion. Ainsi, 73 % des enfants ont pris la suce et 19 % ont sucé leur pouce. Il y a 7 % des enfants qui n'ont eu aucune forme de succion non nutritive. Les moyens pour arrêter les formes nutritives et non nutritives sont présentés dans les prochains tableaux. Par qui ces moyens ont-ils été pris ? Les premières versions ont permis de mettre en évidence cinq catégories. Elles sont illustrées dans le tableau suivant en lien avec les volets nutritifs et non nutritifs.

Tableau 20
Pourcentages des individus responsables des moyens pris pour cesser
la succion nutritive et non nutritive

	Nutritive				Non nutritive					
	Biberon		Sein		Suce		Pouce		Objet	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Parent	337	83	171	80	120	40	25	34	9	31
Enfant	11	3	8	4	67	22	20	27	10	34
Mixte	57	14	27	13	103	34	21	28	7	24
Aide professionnelle	0	0	0	0	3	1	6	8	1	4
Problème de santé	1	0	7	3	7	2	2	3	2	7

Le volet nutritif indique que c'est surtout le parent qui décide d'arrêter le biberon ou le sein, respectivement à 83 % et 80 % des cas. Le parent laisse l'enfant décider seul dans une faible proportion de 3 % et 4 % tandis que la décision mixte en tenant compte des deux avis est légèrement supérieure à 14 % et à 13 %. Les parents n'ont pas tenu compte des professionnels dans ce volet nutritif. Un problème de santé, relié au gain de poids, a été mentionné par un parent. Dans le volet non nutritif, la tendance est similaire à la succion nutritive mais les parents décident moins de son arrêt. C'est d'abord une décision du parent (40 % suce, 33 % pouce et 31 % pour l'objet), ensuite mixte (34 % suce et 28 % pouce et 24 % objet) suivie par celle de l'enfant (22 % suce, 27 % pouce et 34 % objet). Les problèmes de santé ont imposé de nouveaux moyens chez 7 (2 %) utilisateurs de la suce et 2 (3 %) suceurs de pouce. L'aide professionnelle a été la plus sollicitée chez 6 suceurs de pouce (8 %) comparativement à 3 (1 %) et à 1 (3 %) chez les enfants utilisant la suce ou un objet.

Par ailleurs, les moyens utilisés par les parents pour cesser la succion nutritive et non nutritive ont été classifiés selon les sept théories en éducation proposées par Bertrand (1998). On se rappelle que les théories spiritualistes ont trait à Dieu ou à la métaphysique, comme de croire qu'Allah dit de punir les enfant suceurs de pouce. Les théories personnalistes misent particulièrement sur les besoins de l'enfant et sur ses caractéristiques personnelles, par exemple l'enfant qui suce davantage son pouce durant l'éruption de ses dents. Les théories psychocognitives insistent sur le développement progressif et les stades d'apprentissage, comme de sucer son pouce avant de s'endormir.

De leur côté, les théories technologiques se distinguent pour l'apport de l'équipement informatique et des systèmes de punitions/récompenses. L'enfant qui cesse la succion digitale en ayant complété un calendrier et reçu un cadeau pour souligner la réussite fait partie de ce courant technologique. Les théories sociocognitives ont la caractéristique d'utiliser le réseau social et imaginaire, comme d'arrêter de sucer son pouce parce que l'on a fait une promesse au Père Noël. Le courant social possède la particularité de militer socialement, par exemple les politiques internationales de l'OMS concernant l'utilisation de la suce. Les théories académiques ont recours particulièrement aux documents écrits, tel que le livre d'Anne-Marie Mairesse (1978) sur l'enfant suce-pouce. La somme des trois choix est présentée dans le tableau 21.

Tableau 21

Pourcentages des théories en éducation en fonction des formes
de succion nutritive et non nutritive

Théories en éducation ^a	Nutritive				Non nutritive					
	Biberon		Sein		Suce		Pouce		Objet	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Personnalistes	63	13	56	22	152	34	42	38	18	42
Psychocognitives	403	85	198	78	255	57	47	42	12	28
Technologiques	0	0	0	0	14	3	15	13	8	19
Sociocognitives	9	2	1	0	25	6	8	7	5	12

^a Les théories spiritualistes, sociales et académiques ne sont pas choisies dans les moyens pris par les parents pour cesser la succion nutritive ou non nutritive.

La succion nutritive par le biberon montre une forte tendance psychocognitiviste, à 85 % et ensuite personnaliste à 13 %. L'allaitement au sein garde le même ordre avec des proportions de 78 % et 22 % respectivement et en ajoutant l'aspect sociocognitif chez un sujet. Autrement dit, les parents pensent que les meilleurs moyens pour cesser la succion nutritive se retrouvent très majoritairement dans les théories psychocognitives qui tiennent compte du développement. Ils ont par exemple remplacé le sein par le biberon et le biberon par le verre à bec.

La succion non nutritive indique que l'arrêt de la suce relève d'abord des approches psychocognitives (57 %), suivi du personnalisme (34 %). Les aspects sociocognitifs et technologiques rejoignent 9 %. Ainsi, les parents adhérant aux théories psychocognitives ont surtout utilisé des stratégies progressives comme de couper un bout de la suce à chaque deux jours. Dans les théories personnalistes, par exemple, les parents et l'enfant ont décidé ensemble de jeter la suce à la poubelle. Par ailleurs, quand ils ont donné la suce à leur bébé cousin ou qu'ils l'ont échangée pour un cadeau, ils ont eu recours respectivement aux théories sociocognitives et aux théories technologiques.

L'arrêt de la succion du pouce et de l'objet utilise davantage l'aspect personnaliste (38 % et 42 %) mais la théorie psychocognitive est aussi utilisée, 38 % pour la suce et 28 % pour les objets. Une bonne proportion utilise aussi l'approche technologique avec 13 % pour le pouce et 19 % pour l'objet. Par exemple, les parents de tendance personnaliste peuvent décider d'arrêter quand l'enfant voudra cesser tout seul, sans

autre pression. L'apport psychocognitif du pouce serait de remplacer progressivement le pouce par une suce tandis que l'aspect technologique pourrait être de punir l'enfant en appliquant un vernis amer sur son pouce ou sur l'objet mis dans la bouche. C'est aussi pour ces deux types de succion avec le pouce et l'objet que nous rejoignons le plus d'adeptes pour la théorie sociocognitive, comme de donner sa couverture à un petit chien, soit 7 % pour le pouce et 12 % pour l'objet.

En résumé, les résultats obtenus à la deuxième question indiquent que la succion nutritive se termine généralement plus tôt, vers 5 mois pour l'allaitement au sein et vers 13 mois pour le boire au biberon. La succion non nutritive se termine plus tard, vers un an et demi pour la suce et autour de trois ans pour la succion du pouce et de l'objet. Les moyens pris par les parents se retrouvent très majoritairement dans les théories psychocognitives, par exemple de remplacer le biberon par un verre, en ce qui a trait à la succion nutritive. Ils deviennent partagés entre quatre théories dans la succion non nutritive dans lesquelles seulement la succion de la suce atteint un pourcentage supérieur à 50 % dans le volet psychocognitif, par exemple d'enlever la suce le jour et ensuite le soir. Ce sont toutefois les théories psychocognitives et personalistes, comme de réduire graduellement l'utilisation d'un cordon dans la bouche ou de briser accidentellement l'anneau de dentition qui sont davantage mentionnées par les parents dans ce bloc non nutritif.

4.3 Troisième question

Quelle est la relation entre ces moyens pris par les parents et l'arrêt ou la persistance du comportement de succion non nutritive chez l'enfant en maternelle ?

Les moyens pris par les parents sont subdivisés pour comparer trois groupes d'enfants : ceux qui n'ont jamais sucé, ceux qui ont cessé la succion digitale entre 0 – 5 ans et ceux qui sucent encore à 5 ans. Les théories en éducation permettent ainsi de comparer l'évolution de la succion non nutritive, particulièrement en ce qui concerne le pouce ou les doigts. Commençons d'abord par un portrait des enfants suceurs de pouce à 5 ans.

Tableau 22

Pourcentages des enfants suceurs de pouce actuels en fonction
des types de succion et des théories en éducation

Théories en Éducation ^a	Nutritive				Non nutritive					
	Biberon		Sein		Suce		Pouce		Objet	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Personnalistes	7	11	8	23	20	32	17	46	6	67
Psychocognitives	54	87	27	77	35	56	16	43	3	33
Technologiques	0	0	0	0	4	6	3	8	0	0
Sociocognitives	1	2	0	0	4	6	1	3	0	0

^a Les théories spiritualistes, sociales et académiques ne sont pas choisies dans les moyens pris par les parents pour cesser la succion nutritive ou non nutritive.

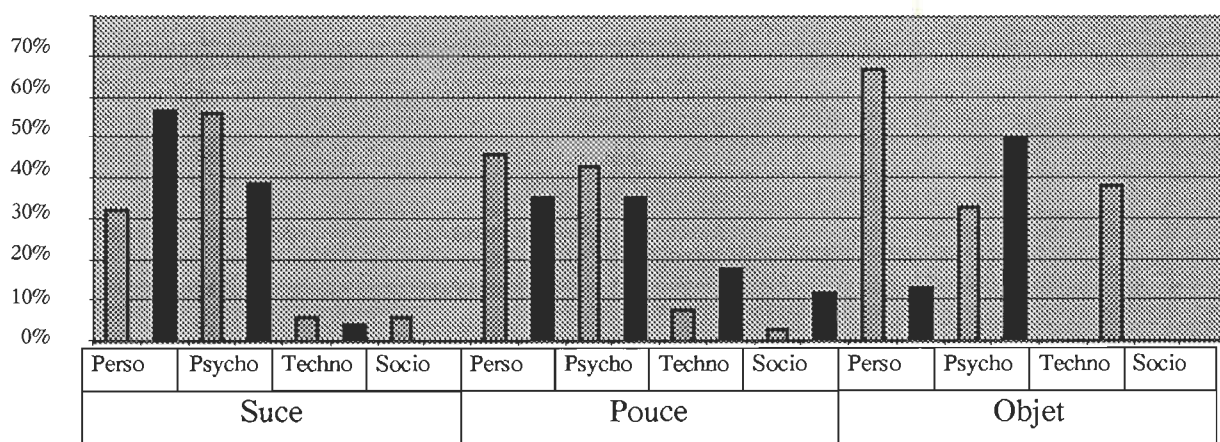
Dans le bloc nutritif, les moyens pris par les parents des enfants suceurs actuellement se concentrent dans les théories psychocognitives et personnalistes. Le boire au biberon retient 87 % comparé à 11 % tandis que l'allaitement au sein regroupe respectivement 77 % et 23 % dans les mêmes théories psychocognitives et personnalistes. Les parents de suceurs actuels considèrent que les enfants devraient cesser le sein ou le biberon en misant sur des moyens progressifs tels qu'enlever le biberon le jour, aider l'enfant à boire dans le verre des parents. Ils ont utilisé, dans une moindre mesure, des théories personnalistes qui misent sur les besoins, désirs et des aspects plus personnels comme l'hospitalisation de la mère ou de l'enfant.

En ce qui concerne le bloc non nutritif, plus précisément la suce, celui-ci s'oriente d'abord sur les théories psychocognitives à 56 %, ensuite personnalistes à 32 %. La suce se rapproche davantage du volet nutritif en choisissant d'abord les théories psychocognitives où, par exemple, l'enfant a commencé à sucer son pouce quand la suce lui a été enlevée à un mois. Les enfants affamés sont inclus dans les théories personnalistes puisque la suce devenait un substitut temporaire.

Quant à la succion digitale, elle rejoint autant les personnalistes (46 %) que les psychocognitives (43 %). Ainsi, les parents croient autant aux moyens adoptés selon l'âge et le développement de l'enfant (théories psychocognitives) que de fournir des explications aux enfants selon les théories personnalistes, comme de tenir compte de la sécurité ou de l'hygiène. Pour sa part, l'objet utilise le psychocognitivism à 33 % et le

personnalisme à 67 %. Les parents se démarquent alors par cette dernière théorie axée sur les besoins, comme utiliser des objets divers durant la poussée des dents et par des théories psychocognitives à l'effet que le dentiste a été utile pour faire cesser de sucer les oreilles d'un ourson.

La persistance est ainsi traitée, l'arrêt rejoint ceux qui ont cessé entre 0 – 5 ans et ceux à la naissance. La figure 11 établit une comparaison entre les suceurs actuels, dans la colonne grise, et ceux qui ont arrêté entre 0 et 5 ans, dans la colonne noire.



En gris : Suceurs actuels.

En noir : Suceurs qui ont arrêté entre 0 et 5 ans.

Figure 11. Évolution de la succion non nutritive chez les enfants suceurs actuels et les suceurs ayant cessé entre 0 et 5 ans en fonction des théories en éducation.

Les résultats de la troisième question démontrent que les parents ayant été plus efficaces pour arrêter la succion non nutritive entre 0 – 5 ans ont surtout utilisé les moyens personnalistes pour la suce. Autrement dit, ils ont privilégié les moyens plus personnels comme de dire à l'enfant qu'il a l'air d'un « bébé » avec sa suce. Pour le pouce, ils ont utilisé des moyens reliés autant aux théories personnalistes (par exemple : dire qu'on est fier de l'enfant sans son pouce), qu'aux théories psychocognitives (par exemple : remplacer le pouce par une suce). Quant à l'objet, ils ont presque exclusivement eu recours aux théories psychocognitives (par exemple : garder l'objet seulement aux périodes de sommeil).

Les parents dont la succion non nutritive persiste chez leur enfant à la maternelle n'ont pas fait les mêmes choix, surtout par rapport à l'objet où près de 79 % des parents ont préféré les approches personnalistes (par exemple : accepter l'anneau de dentition durant l'éruption des dents). Quant à la suce, c'est surtout l'approche psychocognitive que les parents ont utilisée (par exemple : réduire son utilisation le jour ou à la garderie et finalement le soir à la maison).

En ce qui concerne l'arrêt de la succion du pouce ou des doigts, les parents les plus efficaces ont pris quelques moyens différents. Les parents dont l'enfant suceur persiste à la maternelle ont utilisé principalement deux théories : personnaliste (par exemple : insister sur le fait que l'enfant n'en a plus besoin à deux ans) et psychocognitive (par exemple : remplacer le pouce par la suce, dès la naissance). Comparativement aux parents des enfants dont les enfants ont cessé plus tôt, ceux-ci ont eu davantage recours

aux théories technologiques et sociocognitives. Par exemple, ils ont fait appel aux récompenses extrinsèques comme des billets à la Ronde ou des calendriers en jeune âge. Ils ont utilisé les réseaux des enfants, comme contacter chaque jour une tante ou mettre des marionnettes sur leurs doigts.

4.4 Quatrième question

Quel est le profil familial de l'enfant manifestant une habitude de succion à la maternelle ?

Les éléments du profil familial se retrouvent sous l'angle du microsystème, selon Bronfenbrenner (1979, 1986). Il est analysé en tenant compte de l'habitude de succion chez la fratrie et chez les parents et des croyances des parents à l'égard de la succion du pouce. L'ontosystème de l'enfant en maternelle, l'élément central, est d'abord examiné car il permet de dresser un portrait de l'enfant suceur de pouce en maternelle tout en ressortant certains aspects reliés aux milieux de vie, dont l'école.

Ontosystème

Environ 77 % des 39 suceurs de pouce sont nés en 1993, 20 % en 1992 et 3 % en 1994. Près de 39 % sont nés après 40 semaines de gestation, 32 % à 38-39 semaines tandis que les autres varient aux extrêmes de 34 à 37 et 41 - 42 semaines. Les quatre déterminants de la succion, soit la fréquence, la durée, l'intensité et la manière sont

détaillés sommairement pour mieux comprendre cette habitude. La fréquence de la succion digitale est présentée dans le tableau suivant :

Tableau 23
Fréquence de la succion digitale selon les moments, de la naissance à hier (N = 37)

	Hier	Mois dernier	3 – 5 ans	1 – 3 ans	0 – 1 an
Jamais	0	0	4	7	6
La nuit, avant de dormir	5	3	2	1	1
La nuit, durant le sommeil	2	5	2	1	1
La nuit, avant et durant	3	3	2	2	2
Le jour, 1 à 2 fois	3	4	0	0	0
Le jour, 3 à 5 fois	3	3	1	1	2
Le jour, 5 fois et plus	1	1	2	1	1
Le jour et la nuit	15	14	16	14	13
Choix multiples ^a	5	6	8	12	13

a Choix multiples correspond à l'addition de deux blocs, le premier à « plusieurs fois le jour » et le second, « avant et durant la nuit ».

La fréquence la plus élevée se retrouve le jour et la nuit chez pratiquement la moitié des sujets (n = 15), autant hier que dans les périodes antérieures. Il est à remarquer que certains suceurs ont commencé ou recommencé entre 0 – 5 ans car 6 d'entre eux n'avaient jamais sucé de 0 – 1 an, un enfant ne l'avait pas fait de 1 à 3 ans et quatre enfants ne l'ont pas pratiqué de 3 à 5 ans. Le début de la succion a commencé à la naissance chez environ la moitié des enfants (n = 17), la moyenne est de 2,36 mois et

ET = 5,19, ce qui indique beaucoup de différence selon les sujets. En général, la durée de la succion digitale est inversement proportionnelle à l'âge.

L'intensité

L'intensité est vérifiée par trois indicateurs extra-oraux, soit les fossettes dans les joues et les plis sur le menton et la « corne » ou kératine sur le doigt (Garliner, 1974). Les parents n'ont pas remarqué des fossettes chez 90 % des enfants, seulement 10 % étaient visibles. Le menton plissé semble plus révélateur avec 17 %. Quant à la « corne », 24 % l'ont notée pour les doigts de leur enfant.

La position du pouce ou du doigt

Le doigt est sucé au complet par 57 % des enfants, à moitié pour 31 % et le bout, par 12 % d'entre eux. Il est à remarquer que 20 % utilisent simultanément un objet transitionnel, tel qu'une couverture, un ourson, une mèche de cheveux.

Lieu de succion digitale

Cet objet transitionnel n'est généralement pas disponible partout car l'enfant se rend à l'école, à la garderie et dans différents lieux publics. La succion digitale est analysée selon les lieux dans le tableau suivant.

Tableau 24
Pourcentages de la succion digitale selon le lieu

	OUI		NON	
	N	%		%
Maison	39	100		
École	13	43	17	57
Garderie	12	37	20	62
Lieux publics ^a	9	25	27	75

^a Lieux publics désignent les parcs, les restaurants.

Il est à remarquer que plus le lieu est intime, plus la succion est effectuée dans cet endroit. Ainsi, 100 % (n= 39) suceurs font ce geste d'abord à la maison, en réduisant plus de moitié à l'école (43 %, n = 13) et un peu moins à la garderie où 37 % (n = 12) le font mais 25 % (n = 9) le pratiquent dans des lieux publics, tels que parc, restaurant. Ces résultats ouvrent des perspectives au microsystème.

Microsystème

Le microsystème est abordé selon le milieu de vie familial. Il présente d'abord la prévalence de l'habitude de succion chez la fratrie, ensuite chez les parents eux-mêmes. La description des croyances des parents de ce sous-groupe vis-à-vis la succion digitale termine ce chapitre sur les résultats. L'environnement familial est présenté dans le tableau 25 selon leur prévalence respective.

Tableau 25

Prévalence selon l'expérience de la succion digitale dans
la fratrie des groupes d'enfants suceurs et non-suceurs à la maternelle

	Fratrie sucur	Fratrie non-sucur
Enfants suceurs (n = 39)	30%	70%
Enfants non-suceurs (n = 410)	17%	83%

Les suceurs actuels ont 13 frères ou sœurs qui ont eu l'expérience de succion, soit 30 %. Il ne semble pas y avoir de différence significative entre les deux groupes d'enfants en regard de l'expérience de succion dans leur fratrie. Parmi les 37 familles ayant répondu à cette question, 10 d'entre elles ont un frère ou une sœur ayant expérimenté la succion digitale. Est-ce que la proportion est la même chez les parents ? Ce sera vérifié dans le tableau 26.

Tableau 26

Prévalence selon l'expérience de la succion digitale des parents
en fonction des groupes d'enfants suceurs et non-suceurs à la maternelle

	Parent sucur	Parent non-sucur
Enfants suceurs (n = 39)	20%	80%
Enfants non-suceurs (n = 410)	13%	87%

Il n'existe pas d'écart significatif entre les parents des deux groupes d'enfants. Ainsi, l'expérience antérieure du parent ayant sucé son pouce ne semble pas être reliée au comportement de succion de l'enfant à 5 ans. Parmi les 31 familles ($n = 39$) ayant répondu à cette question, 10 familles ont un des parents suceurs et une famille a les deux parents ayant expérimenté la succion digitale en maternelle. Il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes d'enfants (suceurs à la maternelle et non-suceurs) par rapport à l'expérience antérieure de succion digitale des parents. Ainsi, le fait que les parents aient eux-mêmes sucé leur pouce ne semble pas être associé à la persistance de la succion chez leur enfant. Donc, l'expérience antérieure du parent et de la fratrie vis-à-vis la succion digitale n'est pas un facteur important dans la persistance de la succion chez les enfants à la maternelle.

Croyances parentales

Les parents d'enfants suceurs de pouce ont complété une section additionnelle où les degrés d'accord en lien avec les 10 croyances sont compilés dans le tableau 26.

Tableau 27
Moyennes des dix croyances auprès des parents d'enfants suceurs de pouce

		N	M	ET
16	C'est moi, le parent, qui devrais décider quand arrêter la succion.	37	2,14	1,06
17	C'est surtout l'enfant qui devrait décider quand arrêter la succion.	37	2,97	0,96
18	Je suis influencé (e) par les commentaires des autres parents, amis.	37	1,66	0,85
19	Je suis influencé (e) par l'opinion des professionnels qui suggèrent d'arrêter la succion.	38	2,82	1,14
20	Je pense que ce sera facile d'arrêter la succion d'ici 6 mois.	38	2,03	0,98
21	Je me sens très inquiet (e) des conséquences possibles de la succion.	35	2,65	1,30
22	Je me sens incapable d'aider mon enfant à arrêter la succion.	37	2,24	1,06
23	La succion limite l'enfant dans ses activités sociales.	37	1,49	0,84
24	Arrêter de sucer son pouce à 5 ans équivaut à arrêter de fumer pour un adulte.	35	2,71	1,20
25	J'accorde beaucoup d'importance à l'arrêt de la succion.	38	3,05	0,96

Les parents paraissent davantage en accord ($M = 3,05$, $ET = 0,96$) avec l'énoncé 25 « J'accorde beaucoup d'importance à l'arrêt de la succion ». Ils croient également que c'est surtout l'enfant qui doit décider d'arrêter ($M = 2,97$ et $ET = 0,96$), qu'ils sont

influencés par l'opinion des professionnels ($M = 2,82$ et $Et\ 1,14$) et qu'arrêter de sucer son pouce à 5 ans équivaut à arrêter de fumer pour un adulte ($M = 2,71$ et $ET = 1,20$).

Les parents sont en désaccord avec deux énoncés en particulier. Le premier énoncé obtient 1,66 en moyenne ($ET = 0,85$) en ce qui a trait à « Je suis influencé par les commentaires des autres parents, amis ». Le plus grand désaccord ($M = 1,49$, $Et\ 0,84$) correspond à l'énoncé 23 « La succion limite l'enfant dans ses activités sociales ». Donc, les parents de suceurs actuels croient qu'il est important d'arrêter la succion, que c'est à l'enfant de décider, qu'il faut prendre en compte l'avis des professionnels et qu'il apparaît aussi difficile d'arrêter de sucer que d'arrêter de fumer. Par contre, les parents de suceurs actuels ne semblent pas se laisser influencer par les autres parents et amis et ils ne croient pas que la succion limite l'enfant dans ses activités sociales.

Il est à remarquer que les moyennes des croyances sont différentes si on les compare chez les deux groupes de parents ayant demandé ou non de l'information. En effet, tous les parents étaient invités à noter leurs commentaires à la fin de la première section. À la fin de la deuxième section, ces parents ayant les enfants suceurs de pouce à la maternelle pouvaient inscrire leur nom et numéro de téléphone pour avoir de l'information et éventuellement avoir une consultation. La plupart des parents ont manifesté leur désir d'obtenir de l'information additionnelle. Cette information va de pair avec la croyance à l'effet que les parents se laissent influencer par des professionnels. Dix sur 39 (26 %) n'en voulaient pas et ce fut respecté.

En ce qui a trait au suivi relié à ce questionnaire, les parents de la deuxième section avec les suceurs actuels à la maternelle, pouvaient obtenir de l'information additionnelle. 74 % des parents acceptaient un suivi plus personnalisé. Ces parents ont été comparés au groupe de parents ne désirant pas de l'information. Ce petit groupe de 8 personnes ne permettait aucune analyse statistique valable. Il permet cependant de remarquer que les réponses sont différentes avec un écart d'un point ou plus relativement à quatre énoncés. L'énoncé 17 où ils sont influencés par l'opinion des professionnels obtient respectivement les moyennes de 3,07 et de 1,88 chez les parents voulant l'information ou non. Les parents inquiets des conséquences, soit l'énoncé 21, obtient respectivement $M = 2,93$ et $M = 1,43$ selon les deux groupes. Dans l'énoncé 22, les parents indiquent s'ils se sentent incapables d'aider leur enfant à arrêter la succion. Les parents voulant de l'information se sentent plutôt incapables d'aider leur enfant à cesser la succion du pouce avec une moyenne de 2,45 comparativement à 1,50 où les parents ne voulant pas d'information semblent en meilleur contrôle de la situation. Quant à l'énoncé 25 portant sur l'importance d'arrêter la succion digitale, les deux groupes obtiennent respectivement 3,17 et 2,63. À savoir qui doit décider d'arrêter la succion, les deux groupes sont d'accord pour dire que c'est l'enfant à 3,00 et 2,86 en moyenne. L'énoncé « c'est le parent qui décide » obtient en moyenne 2,17 et 2,13, tant pour les parents souhaitant cette information que pour ceux ne désirant pas y avoir recours. En d'autres termes, on peut comprendre que la majorité des parents de suceurs à 5 ans désirent de l'information et un appui professionnel. Ils sont aussi inquiets des

conséquences; ils se sentent incapables d'aider leur enfant à cesser la succion digitale et ils considèrent que c'est important d'arrêter ce comportement.

Les croyances pour tous sont également analysées selon les deux groupes d'enfants suceurs digitaux à la maternelle et ceux qui ne le sont pas à 5 ans. Les résultats doivent toutefois être considérés avec prudence compte tenu de la taille inégale des deux échantillons.

Tableau 28

Comparaison a posteriori des croyances pour le groupe des
suceurs actuels et pour le groupe des non-suceurs en maternelle

#	Énoncé	Suceurs actuels (n = 39)		Non-suceurs (n = 410)		
		M	ET	M	ET	F
9	Bébé suçant le pouce répond plus à une habitude qu'à un besoin.	2,11	,83	2,54	1,10	5,57
12	Sécurisant à 5 ans de sucer son pouce.	2,39	1,03	1,98	1,04	5,44

Les résultats aux énoncés reliés au sein ou au biberon ne sont pas significatifs selon les suceurs actuels et les autres enfants. Cependant, les analyses a posteriori dans le volet non nutritif montrent des différences significatives pour les énoncés 9 et 12 entre le groupe de suceurs digitaux et le groupe de non-suceurs. « Le bébé qui suce son pouce répond à une habitude plutôt qu'à un besoin » présente des différences significatives $F(1,427) = 5,57$ et $p = 0,02$. Ainsi, les parents d'enfants non-suceurs croient davantage

que c'est une habitude plutôt qu'un besoin ($M = 2,54$ et $ET = 1,10$). Les parents d'enfants suceurs de pouce actuels croient plutôt que c'est un besoin ($M = 2,11$ et $ET = 0,83$). Une autre différence significative pour l'énoncé « c'est sécurisant pour un enfant de cinq ans de sucer son pouce » apparaît chez les suceurs actuels et les non-suceurs, $F(1,423) = 5,44$ et $p = 0,02$. Les parents d'enfants qui sucent à 5 ans croient plus que la succion est sécurisante ($M = 2,39$ et $ET = 1,03$) que les parents d'enfants non-suceurs ($M = 1,98$ et $ET = 1,04$).

En résumé, les résultats de la quatrième question sur le profil familial des enfants, suçant leur pouce ou leur doigt à la maternelle, ont été traitées en fonction de l'approche écologique de Bronfenbrenner (1977, 1986). L'ontosystème de l'enfant indique que ces enfants sont nés à terme. Les quatre déterminants démontrent une fréquence élevée le jour ou la nuit avant 6 mois, une durée qui s'atténue généralement au fil des ans, l'intensité davantage révélée par la kératine sur le doigt sucé chez 24 % des enfants et une position du doigt au complet dans la bouche chez 57 % d'entre eux. Soulignons que 20 % des suceurs actuels utilisent simultanément un objet transitionnel. Ils manifestent davantage leur habitude dans des lieux intimes, 100 % à la maison. La moitié la pratiquent à la maternelle et le quart d'entre eux l'effectuent dans les lieux publics, tels que le parc ou le restaurant.

Quant au microsystème familial, il n'y a pas de différence significative entre les suceurs actuels et ceux qui ne le font pas par rapport à l'expérience antérieure de la fratrie et des parents. En effet, un tiers ont eu un frère ou une sœur l'ayant pratiquée

mais environ un quart, proviennent de familles où les parents ont eux mêmes sucé. Ce pourcentage est supérieur aux non-suceurs mais il s'avère non significatif. Les suceurs actuels ont toutefois des parents qui ont sucé plus longtemps, jusqu'à l'âge de 20 ans. En ce qui concerne les croyances de ces parents ayant des enfants suceurs ou non-suceurs à la maternelle, des différences significatives ont été relevées entre les deux groupes à deux reprises. Ainsi, les parents de suceurs actuels croient que le bébé qui suce son pouce répond davantage à un besoin qu'à une habitude. Ces parents considèrent aussi qu'il est sécurisant pour l'enfant de 5 ans de sucer son pouce.

Les résultats ont permis de répondre aux questions de recherche et de mettre en évidence certaines relations significatives en lien avec l'habitude de succion. Le prochain chapitre porte sur la discussion de ces résultats.

CHAPITRE 5

Discussion et limites

Le cinquième chapitre analyse les résultats de la présente étude en lien avec les résultats d'études présentés dans le cadre théorique. Il présente également les limites de la recherche, des applications possibles et des pistes de recherches ultérieures.

5.1 Discussion

La discussion est abordée selon l'ordre des questions de recherche. Ces questions sont étroitement liées aux objectifs de recherche qui ont tous été traités dans la section des résultats. À la lumière de ces résultats, il est intéressant de se questionner sur la pertinence et l'importance de ces questions. Leur nombre relativement élevé a exigé une plus grande couverture de la documentation. Certains volets comme l'aspect inné et acquis ou le chronosystème auraient pu être développés. Nous avons tenu à nous limiter aux sujets davantage pertinents pour le domaine des sciences de l'éducation.

Les croyances mettent en relief les connaissances en regard de la succion nutritive ou non nutritive, elles sont étroitement interreliées aux comportements des parents et des enfants. D'autre part, les théories en éducation ont été survolées pour les rattacher aux moyens pris par les parents grâce à la validation des définitions et des items par les juges. Donc, les quatre questions s'avèrent pertinentes et importantes pour fournir un portrait relativement complet de la succion nutritive et non nutritive.

Première question

Quelles sont les croyances des parents en lien avec les différents types de succion?

Les tableaux 14 – 15 – 16 et 17 traitent des croyances des 449 parents qui ont complété la première partie du questionnaire. Le choix d'allaiter au sein est associé à la croyance que la succion du pouce répond davantage à un besoin. On pourrait croire que les mères qui allaitent au sein ont davantage d'enfants qui sucent leur pouce (tableau 13). Larsson (1994) constatait la même relation. L'allaitement au sein est considéré naturel tandis que le biberon et la suce sont des moyens considérés artificiels. Les enfants nourris au biberon exclusivement sucent moins leur pouce et ils utilisent davantage la suce, ce qui renforce la notion de compétition entre la suce et le pouce (Jonhson & Larson, 1991; Picard, 1996).

La relation entre les croyances des parents et les habitudes des enfants est établie en regard de la succion à la fois nutritive et non nutritive. Dans le volet nutritif, deux croyances sont significativement différentes, selon les analyses ANOVA avec test a posteriori. Dans le premier énoncé, l'aspect naturel de l'allaitement est plus élevé chez les mères qui allaitent au sein que les mères qui donnent le biberon à l'enfant. Cet énoncé corrobore celui de Wagner et Wagner (1999). Selon ces auteurs, l'allaitement au sein résulte des croyances à l'effet que l'allaitement au sein est un moyen qualifié de facile, meilleur pour la santé, bon pour se rapprocher du bébé, naturel, protecteur contre les infections, économique, aidant pour surveiller l'alimentation. Dans le tableau 5, plusieurs auteurs ressortent les mêmes qualités en y ajoutant que l'allaitement au sein est idéal pour l'enfant, adapté aussi pour les prématurés, bon pour le gain de poids et pour le

développement psychomoteur de l'enfant. De plus, le tempérament de l'enfant est calme, il ressent moins de douleur gastrique et son horaire devrait être souple. En considérant ces avantages, il apparaît tout à fait justifié de promouvoir l'allaitement au sein.

Dans le deuxième énoncé, l'allaitement au sein est considéré naturel, ce qui est similaire à Larsson (1994). Quant au biberon, Larsson (1994) considère qu'il s'agit d'une forme artificielle. Puisque la suce est artificielle mais que le pouce est naturel, doit-on encourager l'utilisation naturelle du pouce et du sein ou au contraire, de la suce et du biberon ? Les conséquences de la suce semblent moins néfastes par rapport aux effets intra et extra oraux entre autres. De plus, la suce est utilisée moins longtemps que le pouce. Cependant, la succion du pouce devient déconseillée à l'entrée à l'école pour la plupart des auteurs. Nous optons pour la solution du « Mieux vivre avec son enfant » (1999) qui préconise l'allaitement au sein et qui accepte l'utilisation de la suce quelques semaines après la naissance. Les cours prénataux peuvent véhiculer ce message qui rallie les tenants de l'allaitement au sein et les opposants à la succion prolongée.

Dans le volet des croyances nutritives, il est également intéressant de comparer l'évolution des croyances. Par exemple, les mères qui allaitaient au sein croient que l'enfant de 5 ans qui suce son pouce répond plutôt à un besoin tandis que les mères qui offrent un biberon à leur enfant associent cette croyance aux bébés. Ainsi, ces dernières croient davantage à une habitude de succion chez un bébé naissant, ce qui se rapproche de la tendance acquise tandis qu'un besoin semble inné, nécessaire à la survie. À cet

égard, Bronfenbrenner et Ceci (1994) évoquent le débat entre « nature-nurture » pour relier la génétique à l'environnement acquis. Piaget (1967) évoquait aussi les phénotypes et un mécanisme « sui generis » pour rallier l'adaptation à l'environnement et les particularités génétiques humaines.

Le volet des croyances non nutritives indique trois croyances illustrant des différences de moyennes significatives. Les mères dont l'enfant utilise la suce, contrairement à celles dont l'enfant suce le pouce, étaient contentes d'avoir une suce avant l'accouchement; elles considèrent qu'elles ont bien fait d'ôter le pouce dès la naissance. Par contre, les mères d'enfants qui ont sucé leur pouce perçoivent ce comportement comme étant sécurisant pour l'enfant. Ainsi, avoir une suce en sa possession avant l'accouchement montre bien que certaines décisions se prennent pendant la gestation. L'influence sociale et culturelle devient alors évidente car l'enfant ne peut pas exprimer ses besoins. On peut penser que les cours prénataux, les rencontres médicales et le recours à des ouvrages spécialisés pendant la grossesse font partie des moyens susceptibles d'influencer les mères dans leur prise de décision, du moins pour l'allaitement au sein (Doré, 1998). L'équipe de Toselli, Farnetti et Salzarulo (1998), évalue que 18 % des mères possèdent une suce avant la naissance. La notion de temps dans laquelle la mère a bien fait d'ôter le pouce dès la naissance montre un comportement du parent qui adopte les recommandations controversées par les professionnels. Par exemple, Buithieu et Dubé (1996) suggèrent de fournir une suce, au lieu du pouce, pour prévenir l'apparition de ce comportement. Cependant, cet avis

s'oppose à la position de l'OMS dans le Code international de commercialisation des substituts de lait maternel. Il y est clairement spécifié qu'il ne doit exister aucune promotion des laits artificiels, suces ou biberons au grand public (Doré, 1998). On peut penser que la position intermédiaire du « Mieux vivre avec son enfant » qui suggère aux mères qui allaitent au sein, d'utiliser la suce au besoin quelques semaines après la naissance soit tout à fait indiquée. Empêcher la suce amène une augmentation de la succion digitale qui, comme nous l'avons vu, présente de nombreuses conséquences néfastes après 5 ans.

La troisième croyance concerne l'aspect sécurisant de la succion. Les différences sont significatives car les tenants de la suce sont particulièrement en désaccord tandis que ceux acceptant le pouce agissent les plus conformément à leurs croyances. Ils font appel au courant de la psychanalyse en tenant compte de l'aspect sécurisant, et d'une certaine façon aux personnes qui apportent cette sécurité, entre autres les parents des bébés naissants. On entrevoit alors l'attachement (Bowlby, 1969), l'importance de l'objet transitionnel (ex. : pouce, suce, couverture) pour rassurer l'enfant (Winnicott, 1957, 1969, 1975), pour favoriser la transition entre la mère et l'univers inconnu à découvrir. Les parents d'enfants suceurs de pouce se rattachent davantage à la notion de besoin tandis que les parents d'enfants ayant la suce et le biberon croient plutôt à la notion d'habitude qui s'acquiert par l'environnement.

D'autre part, les trois composantes des croyances affectives, comportementales et cognitives ne démontrent aucune différence significative, que ce soit nutritif ou non

nutritif. Ainsi, les parents font appel aux trois registres pour construire leurs croyances, ce qui est différent de Fontaine et Trahan (1990) qui suggéraient que la composante affective est généralement moins utilisée. L'écart pourrait être expliqué par le fort attachement émotionnel entre un jeune enfant et un parent qui pourvoit à tous les besoins affectifs, physiques, cognitifs ou sociaux. Le parent se rapproche peut-être de la satisfaction des besoins soulevés par Maslow (1959) qui peuvent atteindre l'actualisation de soi.

L'étude des croyances parentales permet de comprendre qu'il existe des différences entre la succion nutritive et non nutritive et que les croyances « naturelles » accompagnent davantage le comportement de succion persistante chez les enfants. Les moyens pris par les parents sont approfondis dans les prochaines questions.

Deuxième question

Quels sont les moyens que les parents ont adoptés pour arrêter les différentes sortes de succion, selon l'âge de leur enfant?

Dans le volet nutritif, les résultats indiquent que l'allaitement au sein a généralement commencé à la naissance et s'est poursuivi jusqu'à 5 mois, en moyenne. Le biberon a commencé vers 1 1/2 mois et s'est terminé vers 13 mois. Ainsi, l'allaitement au biberon s'effectue sur une période plus longue que le sein, ce qui concorde avec la plupart des études actuellement publiées sur ce sujet. Un effort particulier est déployé mondialement pour promouvoir l'allaitement au sein et pour

augmenter sa durée. Ainsi, selon le MSSS (1997), 80 % des mères devraient allaiter leur enfant dès la naissance. Présentement, on obtient plutôt une durée d'allaitement de 1 1/2 mois en moyenne, ce qui amène un nombre relativement faible d'enfants allaités au sein. Rogers et al. (1997) ont évalué le début et la durée de l'allaitement à travers le monde et en général, les pays d'Europe et d'Afrique ont presque 100 % d'allaitement au sein à la naissance et 50 % à 6 mois. Doré (1998) le situe à 65 % dans un hôpital montréalais, ce qui est semblable aux Américains dont le taux se situe à 62 % (Neifert, 1999).

La proportion d'enfants allaités exclusivement correspond à 5 % sur le territoire de Lanaudière. Seulement 3 % des garçons vivent cette expérience, soit celui de l'allaitement naturel comparativement à un pourcentage supérieur à 8 % chez les filles. Ravn (1974) avait noté moins de différence chez ses 65 sujets où 34 filles et 31 gars ont été nourris au sein. Dans les pays où l'allaitement au sein est généralisé, il ne semble pas exister de différence dans la durée de l'allaitement selon le sexe des enfants.

Le nombre d'enfants ayant reçu l'allaitement exclusif au sein (5 %) et un allaitement mixte en y combinant le sein représente 44 %. Les enfants nourris exclusivement au biberon constituent la moitié de l'échantillon à Lanaudière. Dubois (1998) évalue plutôt ce pourcentage à 75 % à la naissance dans une étude réalisée auprès de 577 enfants d'hôpitaux à Montréal et à Québec. En 2000, Warren et al. rapportent, aux États-Unis, que 25 % des enfants sont allaités au sein, 42 % sont nourris au biberon et 12 % reçoivent une alimentation mixte. Les objectifs du MSSS pour 2002 correspondent à 80 % à la naissance, 60 % à l'âge de 3 mois et 30 % à 6 mois. Nos

résultats sont de beaucoup inférieurs aux objectifs visés provincialement car une infime minorité d'enfants sont allaités à 6 mois. On se rappelle que la moyenne d'arrêt se situe à 5 mois. On peut déjà apercevoir en filigrane un travail colossal à réaliser auprès des futures mères en termes de sensibilisation et d'éducation.

Le volet non nutritif montre généralement une plus grande durée que le volet nutritif, mais il est moins fréquent. Il est à remarquer que 7 % des enfants n'ont jamais pris la suce, le pouce, les doigts ou un objet. Ainsi, 93 % des bébés naissants ont recours à la succion non nutritive. Ce pourcentage équivaut à celui de Larsson (1985). Il considère que 75 % à 95 % des enfants dans les pays de l'ouest du monde utilisent une suce ou leur pouce à la naissance. En général, la succion non nutritive a augmenté depuis les dernières décennies (Larson & Dahli, 1985). Cette hausse est attribuée à une utilisation plus étendue de la suce qui a augmenté de 45 % à 65 % tandis que la succion des doigts a diminué de 30 à 15 % dans les pays de l'Ouest (Vadiakas, Oulis & Berdouses, 1998). Aux États-Unis, Warren et al. (2000) évaluent que 87 % des enfants de 6 semaines ont une habitude de succion non nutritive.

La plupart des enfants ont utilisé, par ordre décroissant, la suce à 61 %, le pouce à 7 % et l'objet à 1 % tandis que 14 % des enfants prennent deux ou trois sortes de succion non nutritive simultanément. Nos résultats présentent des pourcentages généralement inférieurs aux données de Warren et al. (2000). Ces derniers considèrent que 78 % des jeunes enfants utilisent la suce, 48 % sucent leurs doigts et 19 % ont recours à d'autres objets à six semaines. L'écart peut être attribué à l'aspect culturel, d'une façon similaire

à la succion nutritive car le réflexe de succion est présent à la naissance et il s'estompe ou se transforme vers trois mois (Piaget, 1967; Whaley & Wong, 1992). Ce réflexe est commun chez tous les enfants, peu importe les pays, les cultures ou les soins donnés aux poupons tandis que la tolérance de la succion du pouce, l'achat d'une suce ou l'acceptation de divers objets semblent des comportements reliés à l'environnement de l'enfant. Les adultes proches des enfants ont leurs propres croyances et leurs propres systèmes de valeur. Ils possèdent différentes ressources (ex. : salaire, produits disponibles à l'achat) et côtoient d'autres personnes qui influencent leurs propres comportements. Considérant l'étroite dépendance du bébé vis-à-vis l'adulte, le comportement de l'enfant en est affecté à son tour (Julien, 1999).

Le début de la succion du pouce commence environ un mois après la suce, vers 1 1/2 mois. Cet âge correspond au début du biberon, en moyenne vers 1 1/2 mois également. Les moyens nutritifs changent dans la même période que les moyens non nutritifs. L'utilisation de l'objet non nutritif commence vers 7 mois. Ces résultats confirment ceux de Johnston (1992) dans lesquels la succion non nutritive débute au cours de la première année de vie. C'est normal si l'on considère le développement de l'enfant où les besoins de succion nutritive et non nutritive sont les plus forts. L'enfant apprend ensuite à s'alimenter, à boire. Il se situe également dans la phase orale de Freud (1905) où l'enfant porte tout à sa bouche pour obtenir du plaisir, satisfaire ses besoins et même, selon Piaget (1969), pour apprendre...

L'arrêt de la succion non nutritive a lieu plus tardivement que celui du biberon. Ce dernier cesse vers 13 mois et la suce vers 18 mois. Un écart de plus d'un an se dessine pour l'arrêt du pouce et de l'objet, soit vers 33 mois. On a l'impression que le biberon et la suce sont traités sur le même pied par le parent qui les offre à l'enfant tandis que la succion du pouce ou de l'objet dépend surtout de l'enfant qui les choisit. Le parent accepte plus facilement ce geste en jeune âge, sa durée s'étend alors plus longuement. Warren et al. (2000) remarquent la même tendance où l'arrêt de la succion non nutritive se produit généralement vers 3 ans. Cependant, 20 % de son échantillon persistait à 4 ans alors qu'on obtient 10% à 5 ans. Cet écart semble dû à l'utilisation de la suce et de l'objet en jeune âge qui sont en compétition avec le pouce, selon Larsson (1994). La succion de l'objet et de la suce se situe à 5% à la maternelle tandis que le pouce est la principale source de succion non nutritive dans tous les cas persistants.

Qui prend les moyens pour cesser la succion? Au tableau 19, dans la succion nutritive, c'est largement le parent qui décide à plus de 80 % tandis que ça devient très partagé dans la succion non nutritive. L'aide professionnelle apparaît importante pour l'arrêt de la suce, du pouce et de l'objet, ce qui n'est pas le cas pour cesser les boires au sein ou au biberon. Ces résultats peuvent difficilement être comparés car un bon nombre d'articles traitent des causes, prévalences, techniques d'interventions, études de cas où de nombreuses personnes sont impliquées mais nous n'avons lu aucun texte pour quantifier à qui l'on doit adresser le message. Ainsi, c'est le parent qui décide en

général. Il le fait seul, ou avec l'enfant ou avec un professionnel pour des cas de succion non nutritive.

Selon les commentaires des parents, les moyens pris par les parents ressemblent à : « J'ai coupé des petits bouts sur la suce », « J'ai caché la suce » et « Je l'ai jetée à la poubelle ». La décision prise par l'enfant évoque, par exemple : « Il a arrêté de lui-même », « Il n'en voulait plus et je n'ai pas insisté », « Il l'a donnée au bébé chien », etc. Une décision mixte ressemble plutôt à : « J'ai expliqué qu'il était grand et quand on est grand, on n'a pas besoin de suce. Il a compris et il ne l'a plus demandé ». « On a mis la suce dans la toilette, il a pesé sur la poignée et c'était fini ». Quant à l'aide professionnelle, les parents mentionnent les pédiatres, les infirmières du CLSC, l'hygiéniste dentaire en privé ou en CLSC, le dentiste. Ils n'ont pas noté les enseignantes à l'école mais plusieurs d'entre elles nous réfèrent des enfants et certaines en parlent aux parents et leur remettent la missive préparée à leur intention (Appendice J). La documentation évoque des études où les enseignants ont aidé les enfants à cesser la succion digitale à l'école. Il serait pertinent de les inclure dans l'équipe potentielle des gens intéressés par ce phénomène de succion. Le personnel non enseignant de l'école incluant les psychologues, psychoéducateurs, orthophonistes et travailleurs sociaux constituent des équipes multidisciplinaires régulières au sein desquelles l'échange sur ce sujet serait sûrement des plus profitable.

Au tableau 21, les moyens pris par les parents sont décortiqués selon les théories en éducation de Bertrand (1998). Dans le bloc nutritif, le courant psychocognitif est le

premier choix pour cesser les boires au sein ou au biberon. S'ensuivent les théories personnalistes. Dans le courant psychocognitif, les moyens sont centrés sur les besoins de l'enfant, les désirs, les croyances, les émotions, les maladies de l'enfant ou du parent, la sécurité, l'esthétique et les diverses composantes plus intimes de la personne. Par exemple : « Elle refusait le sein » ou « J'étais fatiguée alors je ne produisais plus assez de lait. Alors, il a très bien intégré le biberon » font partie de ce courant personnaliste. Les moyens les plus fréquemment pris par les parents relèvent surtout des théories psychocognitives. On y retrouve, entre autres, les étapes successives et progressives d'ôter la suce le jour et ensuite la nuit, la croissance de l'enfant, les processus cognitifs, l'âge de l'enfant, l'utilisation d'objets transitoires comme le verre à bec, les aliments solides, les différents liquides intégrés progressivement à l'enfant (ex. : lait maternisé, eau, jus, lait de vache). Les parents faisaient partie de ce courant psychocognitif quand ils notaient : « Ça lui a passé vite car on enlevait le biberon et il buvait dans mon verre », « Elle prenait son biberon le jour et je l'allaitais le soir ».

Ces moyens pour lesquels les parents utilisent le verre, les aliments solides, les verres avec bec sont semblables aux moyens présentés dans les écrits recensés. Les auteurs présentaient moins de moyens, se limitant au biberon, au verre et à la tasse (Turgeon-O'Brien et al., 1996). Le début de l'alimentation solide devrait se situer actuellement entre 4 et 6 mois aux États-Unis (Texas Child Care, 1994) et ici, au Québec à la même période (Mieux vivre avec son enfant, 1999). Scott et Binns (1999) ont mis en relief l'importance des facteurs culturels, sociaux, économiques, éducatifs et

psychologiques pour choisir la méthode alimentaire. Les différentes recherches ne précisent pas le volet éducatif selon les théories en éducation de Bertrand (1998). Il n'est pas possible de les comparer pour obtenir une précision aussi détaillée. Cette étude s'avère alors avant-gardiste en innovant dans la dimension éducative qui est détaillée selon des théories reconnues depuis longtemps.

Le volet non nutritif traite de l'utilisation de la suce, du pouce et l'objet. Nos résultats appuient l'affirmation de Mairesse (1978) à l'effet que les moyens pris par les parents, en France, afin de cesser ce type de succion non nutritive n'ont d'égale que l'imagination, c'est bien fondé. Ces moyens réfèrent tous à quatre théories en éducation, soit personnalistes, psychocognitives, technologiques et sociocognitives. Des exemples de chacune des théories sont discutés dans les prochaines lignes en regard de la suce, du pouce et de l'objet.

Les moyens pris pour cesser l'utilisation de la suce relèvent principalement des théories psychocognitives, comme le sein et le biberon qui se ressemblent par le rôle important des parents pour les prodiguer à l'enfant. Les moyens ressemblent à : « Je lui ai fait croire que la souffleuse avait pris sa suce dans le rouleau avant », « Graduellement en commençant par diminuer son utilisation le jour et à la fin, juste dans son lit ». Les théories personnalistes sont plus individuelles, comme : « Elle a arrêté lorsque ses deux dents ont sorti de chaque côté des palettes » ou « La suce servait uniquement pour le consoler ». Les théories technologiques font particulièrement référence à l'équipement informatique, au matériel didactique et d'émulation, tels que calendrier, cadeaux ou

punitions. Les parents ont, par exemple, fait l'échange de la suce pour un billet à la ronde. En ce qui concerne les théories sociocognitives, elles font appel aux facteurs socioculturels, à l'opinion de professionnels, à la famille immédiate ou élargie, aux personnages imaginaires. Par exemple, à Place Desjardins à Montréal, les enfants peuvent déposer leur suce dans une énorme boîte adressée au Père Noël.

Les écrits traitant de l'arrêt de l'utilisation de la suce semblent muets, surtout en évoquant la perte volontaire ou involontaire de la suce, le bris graduel ou radical de la suce qui devient inutilisable. C'est peut-être parce qu'une suce brisée peut devenir dangereuse si un autre enfant s'étrangle accidentellement, si elle se brise en sections et que les compagnies offrent une image des produits non sécuritaires. Il existe d'ailleurs des normes très sévères sur la fabrication des sucres dont la garde doit avoir minimalement un diamètre (Lavoie, 1997). Une autre hypothèse est reliée au fait que les stratégies utilisées par les parents sont délaissées, voire dénigrées par les professionnels et les chercheurs. Si cette attitude de ne pas considérer les parents à leur juste valeur existe encore dans la société actuelle, nous nous inscrivons dans une autre optique où les bonnes idées proviennent de toutes les personnes, peu importe leur titre ou leur prestige social. L'important, c'est de bien entourer l'enfant qui grandit et de le diriger, si nécessaire, dans son développement global.

Pour arrêter la succion digitale, les parents suivent quatre théories mais priorisent les théories psychocognitives et personnalistes. On illustre la théorie personnaliste par ces citations de parents « Ça lui a passé très vite car on enlevait les doigts ou le pouce de

sa bouche », « J'ai ôté la suce à un mois. Aussitôt, elle a commencé à sucer son pouce. Elle le fait encore ». Cette expérience du parent nous rappelle que les moyens peuvent être excellents mais s'ils sont pratiqués à un mauvais moment, la réussite en devient compromise. Les auteurs suggèrent de commencer par des approches comportementales en dentition primaire (Buithieu & Dubé, 1996).

Les théories psychocognitives pour le pouce montrent que les parents ont pris le temps d'expliquer que c'était mauvais pour ses dents. Ce type de message s'inscrit dans une tendance coercitive, négative et possiblement moins adapté à cet âge car les enfants éprouvent de la difficulté à se projeter dans le temps. Ces approches sont plus pertinentes, en général, chez les enfants plus âgés dont la logique, l'esthétique et le désir de s'intégrer au groupe deviennent plus importants pour les motiver.

Ces moyens sont semblables et mêmes plus détaillés que ceux rapportés par Yoshida, Ohno et Shikano (1995) au Japon. Les stratégies les plus fréquentes utilisées par les Japonais sont de donner des explications, appliquer des produits amers, apposer des obstacles mécaniques tels que ruban adhésif et gants. Toutefois, des comportements tels que le parent qui tient le doigt de l'enfant pour s'endormir n'ont pas été retrouvés dans notre étude. On peut penser à des différences d'ordre culturel.

Une autre différence provient du recours aux professionnels, faisant partie des théories technologiques. Ce problème appartient à tout le monde et à personne, alors les moyens pour intervenir adoptent la même logique avec de l'hypnose, des systèmes

d'émulation, des appareils fixes dans la bouche de l'enfant, des produits amers sur les doigts.

Le béhaviorisme semble très utilisé par les parents pour récompenser ou punir. Par exemple, donner un ourson ou un sac à dos Pokémon lors de la réussite ou au contraire, le disputer, ôter les desserts le soir. Tout comme Rogers (1976), nous pensons qu'il est préférable de valoriser l'enfant au lieu de le disputer si nous désirons l'apprentissage d'un nouveau comportement.

Il est à remarquer que cette étude propose un répertoire de moyens plus vastes que ceux disponibles dans les écrits recensés. Par exemple, la succion nutritive inclut le sein, le biberon, la tasse, la tasse anti-dégâts, le verre à bec, le verre avec paille, le verre ordinaire. La succion non nutritive élargit également le répertoire des moyens possibles comme la suce, les anneaux de dentition, le pouce, les doigts, les objets utilisés à d'autres fonctions que leur rôle initial comme les cheveux, la couverture, les oursons, les jouets, les cordons de vêtements.

On peut penser que les interventions devraient privilégier les moyens déjà connus par les parents pour faciliter la relation de confiance et ensuite d'élargir ce répertoire pour d'autres moyens utilisés par les parents qui relèvent des différentes théories. Au besoin, le professionnel pourra avoir recours à des moyens suggérés dans les documents quand la persistance sera évidente, c'est-à-dire au-delà de trois ans et quand le parent ressentira le besoin de consulter. Si le parent n'est pas inquiet et qu'il ne perçoit aucun

problème, il sera probablement fermé à tout changement de comportement de même qu'aux programmes d'éducation. Il paraît préférable d'agir avec les personnes intéressées ou qui ont mis déjà de la pression sur l'enfant en l'obligeant à arrêter, sans succès. Les effets dentaires et tous ceux intra ou extra-oraux peuvent être traités à la limite mécaniquement en utilisant différents appareils mais les effets psychosociaux sont moins visibles. Ils peuvent pourtant être dévastateurs dans la relation parent-enfant et dans l'équilibre de l'enfant. Si l'enfant est relativement bien, il est préférable de ne pas intervenir auprès des familles qui ne sont pas prêtes. Dans les cas où l'enfant subit beaucoup de pression, l'intervention éducative doit commencer en calmant le parent inquiet et avide de trouver des solutions. Ces interventions peuvent avoir lieu à l'école, dans les services de garde, à la maison. Elles s'inscrivent généralement dans le courant de l'apprentissage et dans certains cas, dans le courant psychologique par les experts dans ce domaine. L'utilisation d'appareils dentaires est recommandée en dernier recours (Buithieu & Dubé, 1996; Yoshida, Ohno & Shikano, 1995).

En résumé, les moyens pris par les parents sont principalement en lien avec l'utilisation du biberon et de la suce. Dans notre étude, la proportion d'enfants allaités partiellement ou totalement au sein atteint 50 % tandis que les objectifs du ministère visent 80 % en 2002. Un travail colossal apparaît donc en filigrane pour effectuer de la sensibilisation et de l'éducation auprès des mères. Les moyens pris par les parents pour arrêter la succion nutritive sont surtout reliés aux théories psychocognitives et personnalistes. Quant à l'arrêt de la succion non nutritive, la suce, le pouce et l'objet,

l'éventail des théories est très étendu. Paradoxalement, la suce est utilisée par la grande majorité des parents et pourtant, la documentation apparaît plus volumineuse en regard du pouce. Est-ce parce que la suce existe depuis la seconde moitié de ce siècle tandis que le pouce fait partie intégrante du corps humain que l'intérêt est plus marqué ? À moins que ce ne soit la durée plus étendue du pouce qui inquiète les parents ou qui rend l'enfant inconfortable pour sucer son pouce en public ? Les réponses ne sont pas évidentes et cette complexité se manifeste dans l'imagination des parents qui utilisent des stratégies relativement semblables à celles répandues en France, en Suède, au Japon, au Québec ou ailleurs dans le monde. L'efficacité de ces moyens est évaluée dans la prochaine question sur la succion non nutritive.

Troisième question de recherche

Quelle est la relation entre les moyens pris par les parents et l'arrêt ou la persistance du comportement de succion non nutritive chez l'enfant en maternelle?

Les résultats reliés à l'objet montrent que les parents, dont les enfants ont cessé entre 0 et 5 ans, ont utilisé à 50 % les théories sociocognitives (par exemple : enlever l'anneau de dentition en le remplaçant par un aliment dur). Ils ont utilisé, dans une plus faible partie, les théories personnalistes (par exemple : montrer la saleté sur un jouet augmentant le risque d'être malade). Au contraire, les parents d'enfants persistant dans la succion d'un objet ont misé sur les théories personnalistes (par exemple : lui laisser prendre tous les objets sécuritaires ou mordiller constamment les bords de ses chandails

ou les cordons). Ces exemples sont plus détaillés que les moyens présentés dans la recension des écrits. La documentation évoque quelques objets (Turgeon-O'Brien et al., 1996) sans analyse supplémentaire. Si l'on considère tous les objets transitionnels de Winnicott (1975), cet éventail serait sûrement plus complet. Winnicott ne suggère pas d'âge d'arrêt d'utilisation de l'objet. Son importance s'atténue simplement dans le champ culturel de l'enfant.

L'utilisation de la suce a cessé généralement vers deux ans en faisant appel aux théories personnalistes (par exemple : valoriser les grands enfants sans suce) et psychocognitives (par exemple : couper progressivement la suce). Le pouce était remplacé par une suce par plusieurs parents qui considèrent la succion du pouce comme une habitude néfaste tandis que la notion de besoin nutritif ou affectif semble amener une plus grande tolérance de la succion digitale. On se rapproche ainsi du courant psychologique de l'origine de la succion non nutritive tandis que l'habitude correspond davantage au courant de l'apprentissage.

Les tendances personnalistes, par exemple de laisser l'enfant décider de lui-même, prennent la première place pour le pouce et l'objet. Ainsi, la caractéristique développementale des théories psychocognitives est devancée par celle des besoins, des désirs individuels qui se manifestent particulièrement dans les théories personnalistes. Ces résultats se rapprochent des croyances faisant partie des théories personnalistes. On se rappelle que dans les situations de doute cognitif, les individus font appel à leurs croyances (Deconchy, Quelen & Ragot, 1998).

Les résultats sur la persistance de la succion digitale à 5 ans s'accompagnent de stratégies reliées aux théories en éducation. Il est à noter que la suce n'est plus utilisée par aucun des enfants. Ces résultats divergent de ceux de Vadiakas, Oulis et Berdouses (1998) et Buithieu et Dubé (1996). En effet, les auteurs rapportent un taux de succion du doigt à 21 %, de la suce à 53 % et aucune habitude à 26 %. Ces écarts importants proviennent peut-être du fait que leur questionnaire a été distribué en Grèce. Leur échantillon (600 sujets) était semblable au nôtre (450 sujets), ce qui constitue un facteur mineur pour renverser une telle tendance. En Suède, Baalack et Frisk (1971) évaluent chez 8158 enfants qui ont retourné le questionnaire que 53 % n'ont jamais sucé leur pouce et que 17 % ont cessé avant 6 ans. L'aspect culturel sur lequel Larsson (1994) insiste paraît particulièrement plausible.

Dans nos résultats, l'utilisation de la suce a cessé généralement vers deux ans en ayant recours aux théories personnalistes (par exemple : désir d'être traité en grand enfant) et psychocognitives (par exemple : réduire l'utilisation de la suce le jour, ensuite le soir). Seulement quelques enfants prennent encore la suce à 5 ans. Le pouce est remplacé par une suce par plusieurs parents. Ces derniers considèrent la succion du pouce comme étant une habitude néfaste tandis que la notion de besoin nutritif ou affectif semble amener une plus grande tolérance de la succion digitale chez d'autres parents. Ainsi, les parents qui considèrent que le pouce correspond à un besoin vont tolérer davantage la succion du pouce, ce qui peut expliquer sa prévalence à 10 % environ à la maternelle. Des croyances appuient cette interprétation selon laquelle

l'habitude est plus associée aux parents qui offrent la suce et le biberon. Ainsi, chez la plupart des parents, l'habitude se rapproche du courant de l'apprentissage et de ce fait, il éloigne les idées préconçues de succion pathologique, révélatrice de troubles psychologiques, de pathologies avec fixation ou régression au stade oral. Cet inconfort paraît dans la documentation qui a étudié la personnalité du suceur de pouce (Margaillan-Fiémengo, 1972), son adaptation à l'école (Friman & al., 1993), son quotient intellectuel (Mairesse, 1978), la relation mère-enfant (Bowlby, 1968), l'objet transitionnel (Winnicott, 1975), le risque de psychopathologies (Mahalski & Stanton, 1992). Il est même suggéré de vérifier l'origine de la succion et si elle s'avère psychologique, la consultation doit avoir lieu dans le domaine de la psychologie. Mais si elle semble une simple habitude, la plupart des professionnels et des parents peuvent intervenir.

D'autre part, la notion d'habitude nous ramène au cadre théorique dans lequel on peut considérer que ce terme est équivalent aux automatismes. Ce terme semble plus fréquent en éducation. L'acquisition de la succion semble combiner l'inné et l'acquis. Mais comment favoriser son extinction ? Les moyens rapportés par les parents de notre étude sont différents des pistes identifiées par divers auteurs (Goupil & Lusignan, 1993; Gagné, Brien & Paquin, 1976) et reliées à l'oubli ou la codification des informations au cerveau.

Nos résultats montrent une majorité de parents inquiets si leur enfant persiste dans la succion digitale à la maternelle. En effet, certains parents s'acharnent à faire cesser le comportement de succion de leur enfant tandis que certains d'entre eux n'ont pris aucun moyen pour intercepter ce geste. La majorité semble déployer des efforts dans plusieurs sphères correspondant à plusieurs théories. L'équipe japonaise avait remarqué une réaction plus passive de la part des parents. Van Norman (1985) suggère une période de trêve pendant laquelle le parent doit ignorer le comportement. Ce moyen semble avoir été efficace auprès de certains jeunes.

Il est à remarquer que les parents ayant réussi l'arrêt de la succion digitale ont davantage eu recours aux théories technologiques (exemple : donner un cadeau à l'enfant) et sociocognitives (exemple : utiliser les gens, animaux ou personnages mythiques de l'environnement, consulter des professionnels). Les théories personnalistes et psychocognitives sont moins utilisées chez ceux qui ont cessé entre 0 et 5 ans. La prudence est de mise car un peu plus de la moitié ont réussi tandis que d'autres enfants persistent à 5 ans, peu importe l'accord ou non des parents. Certains parents ne veulent pas imposer de moyens pour arrêter ce comportement, il faut alors préserver leur choix. Qu'est-ce qui a fonctionné ? Il semble que l'utilisation de renforçateurs extérieurs tels qu'une récompense ou une punition et le recours au réseau social (par exemple : les amis, les tantes et les personnages imaginaires ou les animaux) aient été des moyens efficaces. Cependant, des parents ont tenté ces moyens sans succès. D'autres facteurs doivent alors être considérés, comme l'atténuation naturelle au

fil du temps (Larsson, 1986). De plus, l'objet transitionnel, dont le pouce, perd progressivement son importance et se diffuse dans le champ culturel, selon Winnicott (1975). Bien sûr, l'aspect multifactoriel prend ici de l'importance car aucun moyen n'est magique quand on étudie des enfants aux caractéristiques différentes.

Les autres objets sucés par les enfants sont des jouets, des couvertures, des ours, des anneaux de dentition, des vêtements, des cordons, des mèches de cheveux. Ils font partie de l'environnement de l'enfant. Ce dernier leur donne une utilisation différente de leur fonction originale. Turgeon-O'Brien et al. (1996) présentent quelques objets mais le choix est plus vaste dans le cadre de notre étude.

Les moyens pris par les parents ont rejoint quatre des sept théories de Bertrand (1998). Les théories spiritualistes semblent marginales avec leur aspect mystique, divin. Mairesse (1978) était la seule à évoquer Jésus sur une toile, cette étude n'apporte aucun changement à cet égard. Quant aux théories sociales où la contestation et l'implication à la collectivité sont omniprésentes, elles incluent indirectement les objectifs de l'OMS et de l'UNICEF pour diffuser leur programme « Amis des Bébé » qui fait la promotion de l'allaitement au sein. Ils recommandent de ne pas offrir de sucres et biberons au grand public. Cette position renforce les messages dans la plupart des documents en pédiatrie. Elle diverge cependant des recommandations qui sont véhiculées, depuis quelques années, en santé dentaire dont celles où les parents offrent la succion dès la naissance (Buithieu & Dubé, 1996; Charland & Perreault, 1984).

Le 7^e courant sur les théories en éducation, le volet académique, n'a pas été utilisé par les parents. Il serait toutefois surprenant qu'ils consultent des professionnels et expérimentent des moyens très variés sans avoir recours à des documents écrits. Par exemple, tous les parents au Québec ont reçu depuis une vingtaine d'années le livret « Mieux vivre avec son enfant ». D'autres revues populaires et Internet sont également facilement disponibles.

Il est pertinent de se questionner sur l'importance d'adhérer à une théorie plutôt qu'à une autre. Les théories permettent d'établir des distinctions parmi la masse de moyens disponibles. Elles permettent déjà de comparer l'efficacité des moyens utilisés par différents groupes de parents. Elles permettent également de connaître les tendances des parents et contribuent ainsi à faciliter la communication avec eux. Par exemple, les parents pratiquent des moyens reliés davantage aux besoins personnalistes (exemple : l'enfant affamé, insécure, triste) et aux stades de développement de l'enfant (exemple : sociocognitif par l'utilisation progressive du pousse-pousse, de la sucette) qu'aux différentes approches behaviorales (volet technologique). L'imaginaire et le réseau des familles sont exploités par les parents. Ils ont évoqué des fées, chiens, chevaux, poissons en plus des amis, tantes, cousins, pauvres, Monsieur Vidangeur, Monsieur Poubelle en ayant du succès dans plusieurs cas. À ce sujet, l'équipe d'Ellington, Miltemberger, Stricker, Garlinghouse, Roberts et Galenski, en 2000, conclut que la succion digitale est maintenue en l'absence de conséquences sociales. Cet aspect social fait partie intégrante du modèle écologique de Bronfenbrenner (1979, 1986, 1994).

Pour notre part, les orientations prises par les parents et par les auteurs qui considèrent la succion digitale comme étant une habitude nous conviennent particulièrement. Ils adhèrent moins aux tendances personnalistes (ex. : besoin, désirs des enfants) et misent davantage sur le développement de l'enfant, les étapes progressives selon l'âge de l'enfant que l'on retrouve dans les théories psychocognitives. Ceux qui ont réussi l'arrêt de la succion digitale avant l'entrée à la maternelle ont eu recours davantage aux moyens technologiques, c'est-à-dire aux systèmes de récompenses et de punitions. Ils ont davantage utilisé les théories sociocognitives qui incluent l'apport du réseau social de l'enfant. Par exemple, l'enfant a remis sa suce à une tante qui l'a déposée dans une boîte à suce, il a eu des encouragements par les cousins. Le côté imaginaire et l'animisme ont été exploités avec Monsieur Poubelle, Monsieur le Vidangeur, la souffleuse à neige, la toilette, le Père Noël, la perte lors d'un voyage. À notre avis, il faudra exploiter particulièrement ces moyens qui ne sont pas menaçants pour l'enfant et qui s'intègrent à sa psychologie tout en créant un climat amusant et positif. Plusieurs parents ont déjà consulté avant cinq ans pour cesser le comportement de succion, que ce soit le pédiatre, l'infirmière, le dentiste, l'hygiéniste dentaire. Ils n'ont pas noté qu'ils en avaient parlé aux enseignants mais des enseignants nous en ont fait part. Il y a lieu d'établir une concertation entre les différents professionnels pour avoir un message plus uniforme et pour partager les moyens particulièrement efficaces et à mettre de l'avant ultérieurement.

En résumé, la troisième question suggère des pistes à approfondir dans les moyens pris dès la naissance, pour arrêter la succion non nutritive de la suce, du pouce ou d'un objet. Les enfants, sa famille et son réseau social connaissent une évolution avant l'entrée à l'école. Ainsi, l'habitude disparaît chez plus de la moitié des enfants ayant la même habitude dans la première année de vie. Elle persiste chez environ 40 % d'entre eux. Il subsiste quelques différences dans les stratégies utilisées par les parents. Les similitudes concernent surtout le répertoire presque identique des théories en ce qui a trait à la succion de la suce et du pouce. Au niveau de la succion digitale, les parents dont les enfants ont cessé entre 0 et 5 ans ont exploité davantage les systèmes de récompense et les réseaux sociaux de l'enfant. Ces résultats élargissent la panoplie des moyens déjà connus.

Quatrième question

Quel est le profil familial de l'enfant manifestant une habitude de succion à la maternelle?

L'habitude de succion en maternelle se résume surtout à la succion digitale car la succion nutritive est terminée, celle d'une suce ou d'un objet étant rare à cet âge. Au niveau de l'ontosystème, les enfants étaient généralement nés à terme et il n'y a pas de relation significative entre le nombre de semaines de gestation et la persistance de la succion digitale à la maternelle. Ces résultats corroborent ceux de Wolff (1968) dans

lesquels il n'existe pas de liens entre ces deux variables. L'analyse des effets de la succion chez les enfants prématurés fait l'objet d'études variées.

La succion persiste chez 9 % des enfants à la maternelle à Lanaudière, à 9 % en Mauricie et à 12 % en Montérégie, ce qui s'avère supérieur au 5 % obtenu par l'équipe de Picard (1995) dans la région de Montréal. Le mode d'administration d'un court questionnaire par les hygiénistes dentaires des CLSC est similaire. La différence peut être reliée à l'utilisation de la suce qui réduirait la prévalence de la succion digitale, selon Larsson (1986). En 1972, Larsson avait attribué la cause de la succion digitale à la compétition entre la suce et le pouce, à la culture et aux soins donnés à l'enfant.

Larsson (1986) avait également observé une baisse de la succion digitale selon les décennies, passant de 50 % à 20 % entre 1950 et 1980. Cette étude ne permet pas de dégager de telles tendances car les territoires sont différents. Il serait intéressant de refaire la même étude et avec les mêmes instruments de mesure dans quelques années. Ainsi, d'autres recherches semblent pertinentes pour étudier ce phénomène de succion au Québec.

La documentation s'attarde peu à la nuance entre le jour et la nuit, ce qui nous paraît important pour comprendre ce phénomène car à la naissance, l'enfant suce son pouce pour s'endormir. Vincent (1981) en fait état pour préciser que la succion nutritive ou non nutritive s'intègre aux phases de sommeil du nouveau-né qui s'endort régulièrement durant le boire ou avec la suce ou le pouce. Il s'ensuit une baisse

progressive durant le développement de l'enfant mais ce moment de succion pour s'endormir s'avère critique dans la persistance de l'habitude. Nos résultats confirment cette tendance car la plupart des enfants pratiquent la succion la nuit tandis que la moitié la pratique le jour.

La durée s'inscrit dans le courant général illustré par Johnson et Larson (1993) selon lequel la succion diminue au fil des ans. Nous préférons cette courbe de la figure 1 aux informations véhiculées dans le tableau 1. Ce dernier montre que ce phénomène est étudié dans sa prévalence depuis les années 1920. Les écarts entre les études, par exemple l'âge des sujets, comparaisons possibles entre les différentes études, les techniques de cueillette de données et le choix des instruments limitent les parallèles entre nos résultats et ceux obtenus par d'autres chercheurs. Johnson et Larson (1993) en font une bonne synthèse visuelle qui semble s'appliquer à toutes les études sur ce sujet.

L'intensité a été reliée à des observations cliniques par le parent. La force musculaire déployée durant la succion n'est pas facile à quantifier. Il faut alors utiliser des appareils sophistiqués comme la suce à électrodes désignée par « actifier » (Finan & Barlow, 1996). D'autre part, Garliner (1974) faisait part de ces signes lors d'observations visuelles, sans préciser leur prévalence réelle. Nous avons ajusté cette caractéristique au cours des trois versions. Nous avons gardé seulement ces deux signes cliniques puisque les autres, par exemple les fossettes sur les joues, sont négligeables selon les observations des parents. Pourtant, c'est l'un des signes les plus utilisés par les cliniciens pour évaluer la déglutition. Cette dernière est synchronisée à la succion et à la

respiration dans l'enfance (Melsen et al., 1987). Elle fait partie des séances prévues par Yoshida, Ohno et Shikano (1995) pour effectuer leur thérapie. Il existe tout un monde de recherche axé sur la thérapie myofonctionnelle dont Garliner (1974) fut l'un des pionniers. Cette étude étant exploratoire, ce survol sera suffisant.

La manière dont l'enfant place son pouce dans la cavité buccale a été étudiée. Quelques auteurs l'évoquent avec raison car elle peut rendre les effets encore plus permanents. Ces quatre déterminants ont un impact sur les effets de la succion digitale, entre autres les malocclusions qui dérangent beaucoup les parents et qui peuvent représenter des milliers de dollars en coût de traitements orthodontiques ou de réhabilitation diverse. Il était utopique d'observer les 27 effets de Johnson et Larson (1993) et les autres conséquences possibles au niveau intraoral, extraoral ou psychosocial dans cette étude. Cependant, ils mettent en perspective l'importance de prévenir et d'intervenir généralement avant six ans, âge de l'apparition des dents permanentes et de l'entrée obligatoire à l'école. Des parents préfèrent attendre plus tard. Ils semblent surtout évoquer des besoins pour sécuriser l'enfant selon le courant psychanalytique. Il est essentiel de respecter la dynamique familiale et les croyances des parents avant d'intervenir auprès d'un enfant. Si les parents tolèrent ce comportement à cinq ans ou plus, ils ne prendront probablement pas de moyens très coercitifs pour l'arrêter et l'enfant se sentira bien. Par contre, si l'enfant se sent menacé et qu'il se cache à la maison ou à l'école, le problème se pose très différemment. Il devient nécessaire d'agir, que l'enfant soit âgé de trois ou de cinq ans.

Les conséquences dentaires sont toujours présentes potentiellement. Mais ce sont surtout les conséquences reliées à l'estime de soi, à l'acceptation par les pairs à l'école, au rôle de police menaçante qu'adopte le parent dans sa relation parent-enfant qui deviennent sources de conflit. Parfois l'intervention se limitera, comme Van Norman (1997) le propose, à rassurer le parent et à ignorer le comportement, au lieu d'envenimer le climat. Il importe de créer des attitudes favorables et positives pour son arrêt éventuel, avec l'accord de l'enfant. À titre informatif, seulement 10 parents sur 39 ayant des suceurs actuels n'ont pas désiré d'informations supplémentaires. La grande majorité a été rejointe par téléphone et un échange permettait d'en situer l'évolution. Près de 27 parents ont reçu la missive en Appendice J. Donc, l'intervention directe auprès de l'enfant peut débiter vers trois ans tandis que l'éducation aux parents peut commencer à la naissance de l'enfant, ce qui correspond à la prévention primaire avec l'utilisation des sucres, par exemple.

L'endroit privilégié pour effectuer la succion est incontestablement la maison. L'école apparaît en second lieu, chez 43 % des enfants, soit environ 5 % des enfants inscrits à la maternelle. Les enseignantes et les directions ont d'ailleurs bien collaboré à cette étude car ils se sentent concernés par ce comportement marginal. Des expériences ont été tentées dans les classes et même dans les garderies. Ce sera sûrement à examiner ultérieurement. On peut penser aux conséquences possibles dans les relations avec les pairs qui pourraient être l'objet d'études très intéressantes.

L'objet transitionnel est utilisé par une minorité d'enfants. Ils prennent surtout une couverture ou un ourson, selon les parents. Lehman, Holtz et Aikey (1995) relèvent des différences de tempérament chez les enfants ayant utilisé un objet transitionnel, tel qu'une suce. L'utilisation du pouce et d'un objet transitionnel indiquent des résultats contradictoires au niveau de la personnalité de l'enfant (Margaillan-Fiommengo, 1971; Mairesse, 1978; Vincent, 1981). Selon Lehman, Holtz et Aikey (1995), les enfants ayant une relation d'attachement avec un objet mou et leur pouce ne sont généralement pas insécures ou difficiles à diriger. À l'école, l'enseignante doit être forte pour gérer la classe avec des enfants aux tempéraments différents qui devraient parfois exiger l'intervention du personnel de soutien. L'école et la famille ont tout avantage à collaborer pour résoudre les problèmes et pour favoriser l'épanouissement de l'enfant (Bouchard, Pelchat & Boudreault, 1994; Deslandes, 1996, 1999, 2001).

L'ontosystème de l'enfant pourrait être plus élaboré si l'on se réfère aux nombreuses études ayant révélé des différences significatives chez les enfants suceurs et non-suceurs, autant dans le bloc nutritif que non nutritif. Cependant, la présente étude dresse un portrait qui semble adéquat pour explorer ce phénomène. Paradoxalement, il est maximal dans sa longueur si l'on pense au taux de réponse qui a baissé de 80 % à 70 % lors de la présentation du questionnaire à 22 questions. Ce sont des choix difficiles pour le chercheur. D'autre part, la quantité des répondants exige un questionnaire relativement court pour avoir une bonne représentativité. Ainsi, nous sommes limités sur le plan des informations à demander.

Le microsystème donne accès au profil familial. Une relation non significative existe entre les suceurs actuels et l'expérience de succion digitale de la fratrie ou des parents biologiques. Le modelage par imitation existe chez les suceurs qui reproduisent, par exemple, le même comportement que le poupon (Vincent, 1981). Parmi les suceurs actuels, six d'entre eux n'ont aucune fratrie, ce qui élimine l'imitation fraternelle. En s'inspirant du tableau 24, 30 % des suceurs actuels ont une fratrie qui a sucé son pouce. Il est intéressant de constater la tendance des aînés à moins sucer leur pouce que les cadets. Vincent (1981) attribuait cette hausse de succion chez les autres enfants de la famille à une disponibilité plus restreinte des parents, entre autres. Cette tendance est semblable chez les non-suceurs, les différences étant non significatives.

La succion digitale chez les parents adopte la même tendance où il n'existe aucune différence significative chez les suceurs actuels et les non-suceurs. Donc, l'expérience antérieure des parents n'a pas influencé le comportement de succion de leur enfant de façon importante. Pourtant, les croyances parentales ont un impact différent selon ces deux groupes. Les croyances paraissent encore plus déterminantes que leur expérience personnelle de succion digitale. Il faut cependant faire preuve de prudence avant de généraliser un ordre d'importance où l'aspect culturel, donc écologique dans une perspective globale, est plus important que l'aspect personnel du parent.

Au tableau 28, l'analyse des croyances des parents est étudiée en regard de l'habitude de succion de leur enfant. En comparant le groupe d'enfants suceurs actuels à celui des enfants non-suceurs à 5 ans, deux croyances apparaissent significativement

différentes. Le premier énoncé à l'effet que le bébé suçant le pouce répond plus à une habitude qu'à un besoin indique que les parents des enfants non-suceurs sont davantage en accord car ils considèrent que sucer le pouce est une habitude chez un bébé. Ainsi, les parents d'enfants non-suceurs croient que c'est davantage une habitude alors que les parents de suceurs actuels sont moins en accord avec cet énoncé. Ces derniers croient aussi plus que les parents de non-suceurs que c'est sécurisant de sucer son pouce.

Cet énoncé indique à nouveau des différences significatives entre les deux groupes. « C'est sécurisant à 5 ans de sucer son pouce » rassemble les parents suceurs tandis que les non-suceurs sont en désaccord. L'écart n'existait pas toutefois entre les deux groupes quand ils répondaient en fonction des bébés, ce qui indique une évolution dans les croyances parentales selon l'âge des enfants. On peut donc comprendre que les parents d'enfants suceurs qui considèrent que c'est un besoin et que c'est sécurisant sont davantage en faveur de la succion digitale sur une période prolongée. Plusieurs auteurs (Friman, Larzelere & Finney, 1994; Mahalski & Stanton, 1992) ont observé un changement d'attitudes parentales. Les adultes deviennent plus intolérants à mesure que l'enfant grandit. En considérant que les attitudes proviennent de l'ensemble des croyances (Rokeach, 1968), la tendance se perpétue à l'aube du 3^e millénaire. Elles ont quand même progressé car au début du siècle, la succion digitale était généralement bannie en s'associant à la sexualité, au personnage légendaire de « l'Homme aux ciseaux ».

Quant aux 10 énoncés du tableau 27, les accords les plus faibles parmi les parents d'enfants suceurs de pouce relèvent deux énoncés reliés à la composante sociale : « Je suis influencé (e) par les commentaires des autres parents, amis » et « La succion limite l'enfant dans ses activités sociales ». Pour ces parents, l'aspect culturel leur semble moins important. Ils semblent avoir recours à des professionnels pour cesser le comportement de succion de leur enfant sauf ceux qui ne désirent pas d'information et qui utilisent davantage leur bagage personnel. Mais ces derniers semblent marginaux. Cette constatation renforce alors le fait que l'expérience personnelle du parent comme ancien suceur n'a pas de liens significatifs. Ce sont plutôt ses croyances qui influencent ses comportements en regard de la succion du pouce.

En ce qui a trait au suivi relié à ce questionnaire, les parents de la deuxième section sur les suceurs actuels pouvaient obtenir de l'information additionnelle s'ils le désiraient en notant leur nom et numéro de téléphone. 74 % des parents ont accepté un suivi plus personnalisé. Ils faisaient partie des parents qui sont en accord avec la consultation professionnelle, qui s'inquiètent des conséquences de la succion et qui se sentent incapables d'aider leur enfant à arrêter. Ces croyances sont évaluées pour la première fois, faisant suite à la refonte des énoncés de la deuxième version de notre questionnaire. En ce qui concerne la recension des écrits, ils en ont été également inspirés mais aucune étude n'a publié de résultats sur ces énoncés, la comparaison s'avèrent impossible actuellement. Les parents consultent différents professionnels mais

jusqu'à maintenant, il n'avait pas été possible de quantifier le nombre de parents qui n'étaient pas intéressés.

5.2 Limites de l'étude et prospectives

La présente étude possède ses points forts et ses limites. Elle peut amener également des implications sur le plan de la pratique qui seront analysées dans la section sur les prospectives. Ces deux derniers aspects termineront ce chapitre sur la discussion.

La nature de l'étude descriptive, de type exploratoire, fournit un portrait général et établit certaines relations. Mais elle ne permet pas les prédictions ni l'établissement de liens de cause à effet. Il n'était pas possible d'étudier toutes les variables identifiées dans la recension des écrits. L'absence de ces variables, particulièrement celles reliées à la socio-démographie des parents (âge, sexe, scolarité, revenu, structure familiale) constituent des limites tout en ouvrant des perspectives sur d'éventuelles recherches.

Il est également impossible de comparer l'ensemble des résultats à d'autres populations car aucune étude québécoise incluant ces mêmes variables n'a été effectuée jusqu'à maintenant. Les résultats doivent donc être interprétés avec prudence et ils ne sont valides que pour la population étudiée.

L'instrument de mesure, le questionnaire élaboré et validé dans ses trois versions, possède une bonne validité de contenu. Toutefois, la consistance interne pourrait être améliorée dans des versions ultérieures misant sur des études prédictives. Dans une

section précédente, nous avons déjà identifié quels moyens pourraient être pris pour améliorer la consistance interne.

Les théories en éducation de Bertrand (1998) constituent un canevas très adéquat pour fins d'analyse. Il est aussi bien adapté à la culture québécoise. Toutefois, il importe de mentionner que nous aurions pu référer à d'autres auteurs dans le cadre de certaines théories. Par exemple dans le cadre des théories technologiques, on retrouve Gagné (1985) relativement à la théorie du traitement de l'information et aussi Skinner (1954) relié au conditionnement.

L'étude du problème selon les modèles écologique et bioécologique de Bronfenbrenner (1979, 1984, 1994) aurait pu permettre d'étudier davantage les mésosystèmes, les interactions famille-école-professionnels, succion digitale-pairs-école, etc. Les contraintes méthodologiques ont limité le cadre de notre étude.

Une dernière limite concerne les parents qui fournissent l'information en faisant appel à leur mémoire. Il existe un risque d'erreur quant à la précision des informations. Cet aspect explique sûrement le taux de réponse plus faible à certaines questions. Ils ont toutefois répondu en grand nombre et ils ont fourni une évaluation positive du questionnaire lors de la validation. Il serait possible d'utiliser cette démarche et les instruments auprès d'autres groupes d'âge. Les données seraient pertinentes pour les parents, les enfants et les professeurs désireux d'accompagner les familles dont plusieurs

ont demandé des informations supplémentaires. Ce suivi pourrait s'élargir à d'autres études subséquentes.

Pistes de recherche

Le but de cette étude est d'obtenir un portrait global de l'habitude de succion chez les enfants à la maternelle. Elle permet alors, par ses quatre questions de recherche, d'approfondir les caractéristiques individuelles reliées aux différents types de succion et également l'environnement de l'enfant, tels que les parents, la fratrie, l'école. Elle met en relief l'évolution de cette habitude depuis la naissance et identifie les moyens pris pour cesser la succion nutritive et non nutritive. Ces moyens d'intervention sont précieux dans une démarche de collaboration entre la famille et l'école puisque ces deux contextes se sentent concernés par ce phénomène de succion. Ils permettent également d'orienter une démarche d'intervention puisque ces moyens sont reliés à des théories en éducation. Par exemple, les théories personnalistes et psychocognitives deviennent incontournables et doivent être intégrées dans un programme d'intervention puisqu'elles sont largement utilisées par les parents et qu'elles apparaissent efficaces. La succion digitale utilise un répertoire encore plus vaste avec les théories technologiques et sociocognitives où les récompenses et les réseaux sociaux de l'enfant tels que donner sa suce à un autre bébé s'avèrent des stratégies très utiles dans certains cas.

La succion des doigts persiste davantage chez les enfants des parents qui croient que c'est un besoin à la naissance et à 5 ans et que c'est une pratique sécurisante à 5 ans.

Ces parents sont généralement influencés par les professionnels. Ils sont inquiets des conséquences et considèrent que c'est important pour leur enfant d'arrêter la succion digitale mais se sentent incapables de l'aider. D'autre part, les parents qui considèrent la succion comme une habitude dès la naissance ont moins d'enfants suceurs à la maternelle. Les réponses à cette étude facilitent la préparation d'un programme d'éducation préventive. Il apparaît clair qu'un tel programme d'intervention devra porter d'abord sur les croyances des parents .

Le contenu de ce programme pourrait inclure différents volets. Dans une optique de prévention primaire, la promotion de l'allaitement au sein serait importante car ses avantages sont largement supérieurs à ceux du biberon dans le développement de l'enfant et dans la relation mère-enfant. Des rencontres seraient nécessaires pour fournir un message commun entre professionnels, entre autres sur le plan de l'utilisation de la suce dans les premiers mois de vie de l'enfant. La mise en commun des déterminants, soit la fréquence, la durée, l'intensité et la manière, reliés à chacun des types de succion permettrait de mieux comprendre ce phénomène. Les croyances des parents deviennent une pierre angulaire pour adapter les informations et préparer du matériel s'adressant aux parents; elles doivent être prises en considération avant d'intervenir auprès de la population ou de concevoir du matériel de promotion ou d'information. La relation entre la carie et la succion nutritive devrait également être explorée. C'est la seule sorte de carie non contrôlée qui commence dès les premières années de vie et qui exige fréquemment l'anesthésie générale à l'hôpital (Schwartz, 2000). La prévention pourrait

possiblement commencer dès la naissance avec le début de l'alimentation et être incluse dans l'éducation sur les soins à donner à l'enfant.

Un programme d'intervention devrait viser les croyances des parents, les causes et les effets de la succion ainsi que les comportements parentaux qui apparaissent les plus efficaces et au besoin, les techniques utilisées par les professionnels. À cause des conséquences néfastes associées à la succion non nutritive et ce, tant sur la dentition, la prononciation que l'acceptation sociale par les pairs, il faut donc prévoir un suivi en partenariat. Ce partenariat pourrait miser sur la collaboration école-famille-communauté tout spécialement pour les parents de suceurs à la maternelle (Deslandes, 2001). Par exemple, les parents manifestent leurs besoins par rapport à l'arrêt de la succion digitale. Le Conseil d'établissement pourrait demander à un intervenant de la communauté d'offrir un programme d'éducation parentale. De l'information pourrait être acheminée aux parents et aux enseignants.

Des interventions directes sont nécessaires auprès de certaines familles. Certains parents n'ont pas besoin d'aide professionnelle et c'est très bien. Ils ne semblent pas inquiets des conséquences et ils tolèrent ou acceptent le comportement de succion digitale de leur enfant. Ils ne font pas de pression élevée sur l'enfant et les moyens ne semblent pas coercitifs. Cependant, la plupart des parents ayant un enfant suceur de pouce à la maternelle ont manifesté le désir de recevoir de l'information additionnelle. Certains adultes prennent des moyens radicaux ou perturbent la relation parent-enfant en

devenant très contrôlants et même menaçants pour l'enfant. Ces personnes ont besoin d'être rassurées afin d'implanter d'autres stratégies, par exemple la trêve.

D'autre part, des études sur l'environnement de l'enfant à l'école seraient pertinentes. Par exemple, vérifier la réaction des pairs en regard de la succion digitale. Friman et al. (1993) utilise des dessins d'enfants suceurs et non-suceurs pour comparer la réaction des autres élèves est une expérience relativement simple et rapide. Elle est révélatrice des croyances, attitudes des enfants et peut-être même des enseignants si ces derniers voulaient participer aussi à l'expérience.

Quant aux variables étudiées dans cette recherche, il serait intéressant, dans une démarche ultérieure, d'améliorer la fidélité de l'instrument. Le volet nutritif pourrait être élargi car les parents utilisent le sein, le biberon, la tasse, le verre ordinaire, le verre à bec, le verre anti-dégât, la paille mobile ou fixée au couvercle.

Les prospectives de recherche ne connaissent que les seules limites de l'imagination. En étant plus pragmatiques, elles s'orientent vers la diffusion des connaissances et l'évaluation de l'intervention auprès de l'enfant et de sa famille dans le cadre de programmes de prévention et d'éducation parentale.

Conclusion

La présente étude a permis d'identifier des croyances parentales relatives aux habitudes des enfants, particulièrement le comportement de succion à la maternelle. Par exemple, elle démontre que les parents n'ayant pas d'enfants suceurs à la maternelle considèrent ce comportement comme étant une habitude tandis que les parents de suceurs actifs à la maternelle l'associent plutôt à un besoin. Elle dégage certains moyens qui devraient être pris en considération lors de contacts entre les parents, les professionnels et les enseignantes comme le recours aux réseaux sociaux de l'enfant faisant partie des théories sociocognitives. Cette collaboration pourrait être augmentée, amenant ainsi des avantages indéniables pour tous les partis, tels que la concertation, la communication, la motivation à garder l'enfant au centre de nos préoccupations. Beauchesne (1992) propose même d'étendre à d'autres milieux la formation de comités de santé en milieu scolaire. Pour sa part, Deslandes (2001) mise sur une collaboration école-famille-communauté qui serait encore plus globale.

La présente recherche propose également un instrument de mesure qui possède des qualités psychométriques acceptables tout en étant évalué positivement par les parents. Il possède cependant certaines limites, entre autres par la fidélité qui pourrait être améliorée dans d'autres versions. La comparaison à d'autres populations s'avère difficile actuellement car c'est un sujet novateur quant à ses variables et sa procédure. Il serait intéressant de l'utiliser ailleurs au Québec et dans d'autres pays pour favoriser l'avancement des connaissances.

Les résultats de cette recherche ont contribué à une meilleure connaissance de la famille de l'enfant manifestant un comportement de succion. On a aussi une idée plus précise du nombre de parents qui ont consulté des professionnels pour la succion digitale de leur enfant. Toutefois, il serait possible de développer davantage le profil de l'enfant et d'approfondir les connaissances reliées à son environnement pour mieux comprendre les facteurs entourant la succion digitale.

Cette recherche soulève d'autres questions : quelles sont les croyances des parents d'enfants de niveaux scolaires différents, de culture différente, de pays différents ? Est-ce que la succion nutritive valorisant actuellement les produits naturels comme l'allaitement au sein a un impact sur la succion non nutritive reliée à la suce ou au pouce ? Est-ce que les moyens pris par les parents, selon les courants en éducation, sont semblables à ceux développés par les professionnels de la santé ou par les enseignants ? Vérifier ces champs de connaissance nous semble très stimulant.

Les perspectives de recherche qui suggèrent l'évaluation de programmes d'intervention ou d'éducation parentale paraissent pertinentes car la majorité des parents de suceurs à la maternelle semblent considérer ce phénomène comme étant un problème inquiétant. Ils sont d'ailleurs généralement ouverts à l'aide professionnelle. Les pistes de recherche ayant trait au chronosystème (passé, présent, avenir) et à la relation entre la nature et la « nurture » du modèle bioécologique seraient aussi intéressantes à étudier. À la lumière des plus récentes recherches en biologie moléculaire, en psychologie génétique et à l'aide des nouvelles technologies où la route du savoir est constamment

remise en question, les approches multidisciplinaires semblent incontournables pour étudier les comportements humains. L'éducation, en considérant les aspects bio-psycho-sociaux de l'individu et son environnement physique, familial, social, culturel constitue un excellent domaine pour rallier les différentes professions et contribuer à l'avancement de la science.

Références

Références

- Ajuriaguerra, J. de. (1974). *Manuel de psychiatrie de l'enfant* (2^e éd.). Paris : Masson.
- Ajuriaguerra, J. de, & Marcelli, D. (1989). *Psychopathologies de l'enfant* (3^e éd.). Paris : Masson.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, N.J. : Prentice-Hall.
- Akkari, A. (1999). Participation des parents au processus de scolarisation : recherches, modèles d'action et débats théoriques. *Journal of Educational Thought*, 33 (3), 231-253.
- American Academy of Pediatrics. (1997). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 100 (6), 1035-1039.
- Aristote, & Tricot, J. (1959). *Éthique à Nicomaque*. Paris : Vrin.
- Aristote, & Tricot, J. (1988). *De l'âme*. Paris : Vrin.
- Baalack, I.-B., & Frisk, A.-K. (1971). Finger-sucking in children. A study of incidence and occlusal conditions. *Acta-odontologia Scandinavica*, 29, 499-512.
- Bachelard, G. (1949). *Le rationalisme appliqué*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs : Prentice-Hall.
- Barrash, J., Damasio, H., Adolphs, R., & Tranel, D. (2000). The neuroanatomical correlates of route of learning impairment. *Neuropsychologia*, 38, 820-836.
- Baumstilmer, Y. (1969). *Automatisation du comportement et commutation*. *Monographies françaises de psychologie*, 4. Paris : Centre de la recherche scientifique.
- Beauchesne, L. (1992). Des comités de santé en milieu scolaire : Une approche globale de la santé et une vision communautaire des milieux. *Apprentissage et socialisation*, 15 (3), 237-242.

- Béland, F. (1992). La mesure des attitudes. Dans B. Gauthier, *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données* (pp. 339-423). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Bergson, H. (1962). *L'évolution créatrice*. Paris : Presses du Compagnonnage.
- Bertrand, Y. (1998). *Théories contemporaines de l'éducation* (4^e éd.). Montréal : Nouvelles.
- Besmajian, J. (1977). *Anatomie* (7^e éd.). Paris : Maloine-Somabec.
- Bolduc, R. (1997). *Psychomotricité et pédagogie : Favoriser le développement de l'enfant*. Montréal : Logiques.
- Borg, W.F., & Gall, M. (1989). *Educational research. An introduction*. New York : Longman.
- Bouchard, C. (1981). Perspectives écologiques de la relation parent (s)-enfant : Des compétences parentales aux compétences environnementales. *Apprentissage et socialisation*, 4 (1), 4-23.
- Bouchard, J.M., Pelchat, D., & Boudreault, P. (1996). Les relations parents et intervenants, perspectives théoriques. *Apprentissage et socialisation*, 17 (1-2), 21-34.
- Bowlby, J. (1969). *L'attachement et perte*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Brodeur, M., Valois, P., Dussault, M., & Villeneuve, O. (1999). Validation d'un questionnaire sur les croyances et les pratiques des enseignants de la maternelle à propos d'habiletés métaphonologiques. *Revue canadienne de l'éducation*, 24 (1), 17-29.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA : Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development : Research perspectives. *Development Psychology*, 22, 723-742.
- Bronfenbrenner, U. (1992). Évolution de la famille dans un monde en mutation. *Apprentissage et socialisation*, 15 (3), 181-193.

- Bronfenbrenner, U., & Ceci, S.J. (1994). Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective : A bioecological model. *Psychological Review*, 101 (4), 568-586.
- Buithieu, H., & Dubé, M.-C. (1996). La succion : Une revue des problèmes associés et recommandations. *Journal dentaire du Québec*, 33, 279-285.
- Bureau, D., & Roux, I. (1987). *La succion du pouce*. Boucherville : CLSC des Seigneuries.
- Bureau, D., & Roux, I. (1997). *La succion du pouce* (2^e éd.). Boucherville : CLSC des Seigneuries.
- Burglehaux, M.J., & Sheps, S.B. (1997). Physicians and breastfeeding : Beliefs, knowledges, self-efficacy and counselling practices. *Canadian Journal of Public Health*, 88 (6), 383-387.
- Butterworth, J.E., & Hopkins, B. (1988). Hand-mouth coordination in the new born baby. *British Journal of Developmental Psychology*, 6, 303-314.
- Cambiagni, S., & Pistritto, G. (1998). Suction pads related to thumb sucking and chewing. *British Journal of Dermatology*, 138, 1096-1097.
- Case-Smith, J. (1988). An efficacy study of occupational therapy with high-risk neonates. *The American Journal of Occupational Therapy*, 48 (2), 499-506.
- Charland, R., & Perreault, J.-G. (1984). La succion du pouce. *Journal dentaire du Québec*, 2, 38-43.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (Revised edition). New York : Academic Press.
- Darwin, C. (1872). *The expression of the emotions in man and the animals*. London : John Murray.
- Davidson, P.O., Haryett, R.D., Sandilands, M., & Hansen, F.C. (1967). Thumbsucking : Habit or symptom ? *Journal of Dentistry for Children*, 34, 252-259.
- Davis, H.V., Sears, R.R., Miller, H.C., & Bordbeck, A.J. (1948). Effects of cup, bottle and breastfeeding on oral activities of newborn infants. *Pediatrics*, 2, 549-558.

- Deconchy, J.P., Quelen, F., & Ragot, I. (1998). Résignation acquise (learned helplessness) rhétorique factuelle ou fantastique : Leurs effets sur l'appel à des « croyances ». *Revue internationale de psychologie sociale*, 1, 147-171.
- Deslandes, R. (1996). *Collaboration entre l'école et les familles : Influence du style parental et de la participation parentale sur la réussite scolaire au secondaire*. Thèse de doctorat inédite, Université Laval.
- Deslandes, R. (1999). Une visée partenariale dans les relations entre l'école et les familles : Complémentarité des trois cadres conceptuels. *La revue internationale de l'éducation familiale*, 3 (1 et 2), 30-47.
- Deslandes, R. (2001). L'environnement scolaire. Sous la dir. De M.-M. Hamel, L. Brunet et C. Martin. *Déterminants de la santé et du bien-être des enfants d'âge scolaire*. Document à paraître, Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Dolto, F. (1979). *L'image inconsciente du corps*. Paris : Seuil.
- Doré, N. (1998). Une société où l'allaitement du nourrisson est valorisé. *Diététique en action*, 11 (3), 7 – 11.
- Doré, N., & Le Hénaff, D. (1999). *Mieux vivre avec son enfant*. (12^e éd.). Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Dubois, L. (1998). Allaiter au Québec, une pratique qui s'insère dans le développement global des enfants. *Diététique en Action*, 19, 19-22.
- Dunn-Rankin, P. (1983). *Scaling methods*. London : Lawrence Erlbaum.
- Ellingson, S.A., Miltenberger, R.G., Stricker, J.M., Garlinghouse, M.A., Roberts, J., Galenski, T.L., & Rapp, J.T. (2000). Analysis and treatment of finger sucking. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 33, 53-71.
- Epstein, J. (1992). School/family/community partnerships. Caring for the children we share. *Phi Delta Kappan*, 76 (9), 701-712.
- Finan, D.S., & Barlow, S.M. (1996). The actifier : A device for neurophysiological studies of orofacial control in human infants. *Journal of Speech and Hearing Research*, 39, 833-838.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior : An introduction to theory and research*. Reading, MA : Addison-Wesley.

- Fletcher, B.T. (1975). Etiology of finger sucking : Review of literature. *Journal of Dentistry for Children*, 42, 293-298.
- Fontaine, F., & Trahan, M. (1990). Pour une mesure des croyances dans un contexte de formation. *Mesure et évaluation en éducation*, 12 (4), 5-22.
- Forget, J., Otis, R., & Leduc, A.C. (1988). *Psychologie de l'apprentissage : Théories et applications*. Brossard : Behaviora.
- Fortin, C., & Rousseau, R. (1989). *Psychologie cognitive. Une approche de traitement de l'information*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Foster, L.G. (1998). Nervous habits and stereotyped behaviors in preschool children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37 (7), 711-717.
- Fournier, C. (1994). *Les habitudes orales*. Document inédit, Université de Montréal.
- Fox, A., & Schaefer, C. (1995). Pacifier use in young children : Practical research finding. *Psychology Journal of Human Behavior*, 33 (1), 30-34.
- Freedman, R.C. (1948). Cup feeding of newborn infants. *Pediatrics*, 2, 544-548.
- Freire, P. (1972). *Cultural action for freedom*. Harmondsworth : Penguin.
- Freud, S. (1905). *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Paris : Gallimard.
- Freud, S. (1915). *Métapsychologie*. Paris : Gallimard.
- Friman, P., McPherson, K., Williams, J., Warzak, J., & Evans, J. (1993). Influence of thumb sucking on peer social acceptance in first-grade children. *Pediatrics*, 91, 784-786.
- Friman, P.C., & Barone, V.J. (1986). Aversive taste treatment of finger and thumb sucking. *Pediatrics*, 78 (1), 174-176.
- Friman, P.C., Larzelere, R., & Finney, J.W. (1994). Exploring the relationship between thumb-sucking and psychopathology. *Journal of Pediatric Psychology*, 19 (4), 431-441.
- Gagné, R.M. (1985). *The conditions of learning and theory of instruction* (5^e éd.). New York : Holt, Rinehart and Winston.

- Gagné, R.M. (1996). *The conditions of learning training applications*. New York : Harcourt Brace.
- Gagné, R.M., Brien, R., & Paquin, R. (1976). *Les principes fondamentaux de l'apprentissage. Application à l'enseignement*. Montréal : Les Éditions HRW.
- Garliner, D. (1974). *Myofunctional therapy in dental practice* (3^e éd.). Florida : Institute for Myofunctional Therapy.
- Golding, J., Rogers, I.S., & Emmett, P. (1997). Breastfeeding : Benifits and hazards. *Early Human Development, Supplement Breastfeeding*, 49, 1-175.
- Goupil, G., & Lusignan, G. (1993). *Apprentissage et enseignement en milieu scolaire*, Boucherville : Gaétan Morin.
- Graber, J.M. (1959). Thumb and finger sucking. *American Journal of Orthodontics*, 45, 259-264.
- Hamilton, N., & Bhatti, T. (1996). *Promotion de la santé de la population. Modèle d'intégration de la santé de la population et de la promotion de la santé*. Ottawa : Division du développement de la promotion de la santé.
- Harrick, B. (1967). *Internal reflection spectroscopy*. New York : Interscience.
- Haskell, B.S., & Mink, J.R. (1991). An aid to stop thumb sucking: The « bluegrass » appliance. *Pediatric Dentistry*, 13 (2), 83-85.
- Heitler, S.M. (1985). *David decides about thumbsucking. A motivating story for children and informative guide for parents*. Englewood : Reading Matters.
- Hilgard, E., Atkinson, R., & Atkinson, R. (1980). *Introduction à la psychologie*. Montréal : Études vivantes.
- Holender, D. (1980). L'effet de répétition dans les tâches de réaction de choix : Préparation volontaire ou activation automatique. Dans *Anticipation et comportement*. Paris : Centre national de la recherche scientifique.
- Illingworth, R.S. (1987). *The normal child*. New York : Churchill Livingston.
- Infant nutrition : Drinking from a cup, eating from a spoon. (1994). *Texas Child Care*, 18 (2), 8-14.

- Infante, P.F. (1976). An epidemiologic study of finger habits in preschool children as related to malocclusion, socioeconomic status, race, sex and size of community. *Journal of Dentistry for Children*, 43, 33-38.
- Jackson, J. M., & Mourino, A.P. (1999). Pacifier use and otitis media for infants twelve months of age or younger. *Pediatric Dentistry*, 21 (4), 255-260.
- Johnson, E., & Larson, B. (1993). Thumb-sucking : Classification and treatment. *Journal of Dentistry for Children*, 60 (4), 392-398.
- Johnson, E., & Larson, B. (1993). Thumb-sucking : Literature review. *Journal of Dentistry for Children*, 60 (4), 385-391.
- Johnson, M.A., Goetz, E.M., Baer, A.M., & Etzel, B.C. (1973). Modification of a preschooler's mouth using teacher attention. *School Application of Learning Theory*, 6 (1), 1-8.
- Johnson, S., & Birch, L.L. (1994). Parents' and children's adiposity and eating style, *Pediatrics*, 94 (5), 653-661.
- Johnston, D. (1992). Thumbsucking in children. *Contemporary pediatrics, septembre-octobre*, 19-24.
- Josell, S.D. (1995). Habits affecting dental and maxillofacial growth and development. *Dental Clinics of North America*, 39 (4), 851-860.
- Julien, G. (1999). *Soigner différemment les enfants : L'approche de la pédiatrie sociale*. Montréal : Logiques.
- Jung, C. G. (1977). *Psychologie et éducation*. Paris : Buchet/Chastel.
- Kaufman, J.M., & Scranton, T.R. (1974). Parent control of thumbsucking in the home. *Child Study Journal*, 4 (1), 1-10.
- Kellum, G.D., Gross, A.M., Hale, S.T., Eiland, S., & Williams, C. (1994). Thumbsucking as related to placement and acoustic aspects of /S, Z/ and lingual rest postures. *International Journal of Orofacial Myology*, 20, 4-9.
- Klein, E.T. (1971). The thumb-sucking habit : Meaningful or empty? *American Journal of Orthodontics*, 59 (3), 283-289.

- Kloebben, A.S., Thompson, N. J., & Miner, K. R. (1999). Predicting breast feeding intention among. Low-income pregnant women : A comparaison of two theoritical models. *Health Education and Behavior*, 26 (5), 675-688.
- Kohler, L., & Host, K. (1975). Malocclusion and sucking habits of four-year-old children. *Acta Peadiatric Scandinavia*, 62, 1-7.
- La Garanderie, A. (1990). *Pour une pédagogie de l'intelligence*. Paris : Du Centurion.
- Larsson, E. (1972). Dummy -and finger- sucking habits with special attention to their signifiance for facial growth and occlusion. *Swedish Dental Journal*, 65, 1-5.
- Larsson, E. (1986). The effect of dummy-sucking on the occlusion : A review. *Journal of European Orthodontic Society*, 8, 127-130.
- Larsson, E. (1988). Treatment of children with a prolonged dummy or finger – sucking habit. *European Journal of Orthodontics*, 10, 244-248.
- Larsson, E. (1994). Artificial sucking habits : Prevalence and effect on occlusion. *International Journal of Orofacial Myology*, 20, 10-21.
- Larsson, E., & Dahlin, K. (1998). The prevalence and the etiology of the initial dummy- and finger-sucking habit. *European Journal of Orthodontics*, 87 (5), 432-435.
- Laugier, J., & Gold, F. (1991). *Néonatalogie*. Paris : Masson.
- Lavoie, F. (1995). La succion du pouce. *L'Explorateur*, 6, 19-24.
- Lavoie, F. (1997). *La succion du pouce. Causes, effets, interventions*. Document inédit. Québec : Lavoie Dentaire.
- Le Bon, G. (1918). *Les opinions et les croyances*. Paris : Flammarion.
- Leduc, A. (1985). *Recherches sur le béhaviorisme paradigmatique ou social*. Québec : Behaviora.
- Lehman, E.B., Holtz, B.A., & Aikey, K.L. (1995). Temperament and self-soothing behavior in children : Object attachment, thumbsucking, and pacifier use. *Early Education and Development*, 6 (1) 53-72.
- Lemaître, V. (1991). Le sexuel dans la relation primaire. *Cahiers jungiens de psychanalyse*, 91, 23-33.

- Lepage, M.C., & Moisan, J. (1998). Les femmes primipares du Québec et l'allaitement maternel. *Diététique en action*, 11 (3), 12-16.
- Lepecq, J.C., Jouen, F., & Gapenne, O. (1995). Sensorimotor organization and cognition in infancy : Some francophone contributions, *CPC*, 14 (2), 121-150.
- Lévy, P.M. (1928). Fingersucking and accessory movements in early infancy. *American Journal of Psychiatry*, 7, 881-918.
- Libbus, K., Bush, T.A., & Hockman, N.M. (1997). Breastfeeding beliefs of low-income primigravidae. *International Journal of Nursing Studies*, 34 (2), 144-150.
- Long, E.S., Miltenberger, R.G., & Rapp, J.T. (1999). Simplified habit reversal plus adjunct contingencies in the treatment of thumb sucking and hair pulling in young child. *Child and Family Behavioral Therapy*, 21 (4), 45-58.
- Mahalski, P.A., & Stanton, W.R. (1992). The relationship between digit sucking and behavior problems : A longitudinal study over 10 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 33, 913-923.
- Maine De Biran, P. (1803). Influence de l'habitude sur la faculté de penser. Dans D. Panichaud. (1969). *Une généalogie du spiritualisme français. Aux sources du bergonsonisme*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Maine de Biran, P., & Drevet, A. (1966). *L'effort. Maine de Biran : Les grands textes choisis et présentés par A. Drevet*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Mairesse, A.M. (1978). *L'enfant suce-pouce*. Paris : Delachaux et Niestlé.
- Manz, F., Hof, M.A., & Haschke, F. (1991). The mother-infant relationship : Who controls breastfeeding frequency ? *The Lancet*, 353, 1152.
- Margaillan-Fiemmengo, L. (1971). *La succion du pouce et sa thérapeutique*. Paris : Editions ESF.
- Martin, D. (1975). A six years old « behaviorist » solves her sibling's chronic thumbsucking problem. *Corrective and Social Psychiatry and Journal of Behavior Technology Method and Therapy*, 2 (1), 19-21.
- Maslow, A.H. (1959). *New knowledge in human value*. New York : Harper & Row.
- Mayer, R., & Ouellet, F. (1991). *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*. Boucherville : Gaétan Morin.

- McMillan, I.D., Angelis, C., & Feigin, F. (1999). *Oki's pediatrics : Principles and practice* (3^e éd.). New York : Lippincott, Williams and Wilkins.
- Medoff-Cooper, B., & Gennaro, S. (1996). The correlation of sucking behaviors and Baylery scales of infant development at six month of age in VLBW infants. *Nursing Research*, 45 (5), 291-296.
- Melsen, B., Attina, L., Santuari, M., & Attina, A. (1987). Relationships between swallowing pattern, mode of respiration, and development of malocclusion. *The Angle Orthodontist*, april, 113-120.
- Michaelson, K.F. (1997). Nutrition and growth during infancy. *Acta Paediatrica, Supplement 420*, 86, 1-36.
- Ministère de l'Éducation. (1997). *Le programme de l'éducation préscolaire*. Québec : MÉQ.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1997). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, 36-41.
- Moore, C.A., & Ruark, J.L. (1996). Does speech emerge from earlier appearing oral motor behaviors? *Journal of Speech and Hearing Research*, 39, 1034-1047.
- Morley, K.R., & McIntire, T. (1994). Management of non nutritive or digit-sucking habits in children. *Pediatric Dentistry*, 60 (11), 969-971.
- Neifert, M. (1999). Clinical aspects of lactation : Promoting breastfeeding success. *Clinics in Perinatology*, 26 (2), 281-286.
- Neill, A.S. (1975). *Journal d'un instituteur de campagne*. Paris : Payot.
- Nelson, C.A., & Haan, M. (1996). Neural correlates of infant's visual responsiveness to facial expressions of emotions. *Developmental Psychobiology*, 29 (7), 577-595.
- Netchine-Grynberg, G. (1999). *Développement et fonctionnement cognitif : Vers une intégration*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Newson, J. & Newson, E., & Mahalski, P.A. (1982). Persistent infant confort habits and their sequelae and 11 ans 16 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 23, 421-436.

- Niemala, M., Whari, M., & Hannuksela, A. (1994). Pacifier and dental structure as risk factors for otitis media . *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngologists*, 29 (2), 121-127.
- Nyquist, K.H., Sjöden, P.O., & Ewald, U. (1999). The development of preterm infants' breastfeeding behavior. *Early Human Development*, 55, 247-264.
- Owens, J.A., Spirito, A., McGuinn, M. & Nobile, C. (2000). Sleep habits and sleep disturbance in elementary school-aged children. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 21 (1), 27-36.
- Ozturk, M., & Ozturk, O.M. (1977). Thumbsucking and falling asleep. *British Journal of Medical Psychology*, 50 , 95-103.
- Peterson, A., Campise, R., Azrin, N.H., & Nathan, H. (1994). Behavioral and pharmacological treatments for tics and habit disorders : A review. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 15, 430-441.
- Peterson, J.E., & Schneider, P.E. (1991). Oral habits : A behavioral approach. *Pediatric Clinics of North America*, 38 (5), 1289-1307.
- Piaget, J. (1967). *Biologie et connaissance : Essai sur les relations entre les régulations organiques et les processus cognitifs*. Paris : Gallimard.
- Piaget, J. (1967). *La psychologie de l'intelligence*. Paris : Armand Colin.
- Piaget, J. (1977). *La naissance de l'intelligence chez l'enfant* (9^e éd.). Paris : Delachaux et Niestlé.
- Piaget, J. (1967). *Biologie et connaissance : Essai sur les relations entre les régulations organiques et les processus cognitifs*. Paris : Gallimard.
- Picard, D. (1995). *Études pilote sur la prévalence de la succion du pouce auprès des enfants de 5 ans résidant sur l'île de Montréal et ses environs. Rapport préliminaire*. Document inédit, Montréal : Direction de Santé publique, régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Plech, M. M. (1999). *Effets du programme « action-prévention-ostéoporose » sur les croyances et attitudes de santé reliées à l'ostéoporose*. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Popovich, F., & Thompson, G.W. (1973). Thumb-and finger- sucking : Its relation to malocclusion. *American Journal of Orthodontics*, 63, 148-155.

- Popovich, F., & Thompson, G.W. (1974). Thumb and finger sucking : Analysis of contributory factors in 1258 children. *Canadian Journal of Public Health*, 65, 277-280.
- Pouliot, L. (1998). *Les croyances au sujet du redoublement chez des enseignants de la maternelle et du primaire*. Thèse de doctorat inédite, Université du Québec à Trois-Rivières et Université du Québec à Montréal.
- Ravaisson, A. (1838). De l'habitude. Dans *Corpus des Œuvres de Philosophie en langue française*. Paris : Fayard.
- Ravn, J.J. (1974). The prevalence of dummy and finger habits in Copenhagen children until the age of 3 years. *Community Dental Oral Epidemiology*, 2, 316-322.
- Ravn, J.J. (1976). Sucking habits and occlusion in 3 – year – old children. *Scandinavia Journal Dental Research*, 84, 204-209.
- Regnière, G. (1999). *Boîte à lunch : Reflet des attitudes éducatives parentales et incidence sur le comportement de l'enfant*. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Robert, M. (1988). *Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie* (3^e éd.). St-Hyacinthe : Edisem.
- Rochat, P. (1987). Mouthing and grasping in neonates : Evidences for the early detection of what hard or soft substances afford for action. *Infant Behavior and Development*, 10, 345-352.
- Rochat, P., Goubet, N., & Shah, B.L. (1997). Enhanced sucking engagement by preterm infants during intermittent gavage feedings. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 18 (1), 22-26.
- Rogers, C.R. (1976). *Liberté pour apprendre*. Paris : Dunod.
- Rogers, L.S., Emmet, P.M., & Golding, J. (1997). The incidence and duration of breastfeeding. *Early human Development, Supplément* 49, 545-574.
- Rokeach, M. (1968). *Beliefs, Attitudes and Values : A theory of organization and change*. San Francisco : Jossey-Bass.
- Rokeach, M. (1973). *The nature of human values*. New York : The Free Press.
- Rokeach, M. (1984). *The great american value test*. New-York : The Free Press.

- Ross, J.A. (1974). Use of teaching and peers to control classroom thumb-sucking. *Psychological Reports*, 34 (1), 327-330.
- Ross, J.A., & Levine, B.A. (1972). Control of thumbsucking in the classroom : Case study. *Perceptual and Motor Skills*, 34 (2), 584-586.
- Saint-Laurent, L., Royer, E., Hébert, M., & Tardif, L. (1994). Enquête sur la collaboration famille-école. *Revue canadienne de l'éducation*, 19 (3), 270-286.
- Sameroff, A. J., & Emde, R. N. (1993). *Les troubles des relations précoces*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Sander, G.F., & Weinreich, A. (1989). Une nouvelle méthode pour arrêter la succion du pouce. *Revue d'orthopédie dento-faciale*, 23, 227-234.
- Scarpellini, L. (1996). Un modèle théorique pour explorer l'allaitement maternel. *Explorateur*, 6 (2), 17-18.
- Schanler, R.J., Hurst, N.M., & Lau, C. (1999). The use of human milk and breastfeeding in premature infants. *Clinics in Perinatology*, 26 (2), 379-398.
- Schwartz, S. (2000). *La carie de la petite enfance*. Conférence présentée au Congrès de l'Ordre des Hygiénistes Dentaires du Québec, St-Hyacinthe.
- Scott, J., & Binns, C.W. (1999). Factors associated with the initiation and duration of breastfeeding : A review of literature. *Breastfeeding Review*, 7 (1), 5 –13.
- Shendurnikar, N. (1993). Thumb sucking : Practitioner's guidelines. *Journal of the Indian Medical Association*, 91 (1), 24.
- Siegel, E. (1985). *Parental beliefs systems*. Hillsdale : Laurence Eilbaum Associates.
- Singhal, P.K., Bhatia, M.S., Nigam, V.R., & Bohra, N. (1988). Thumbsucking : An analysis of 150 cases. *Indian Pediatrics*, 25, 647-653.
- Skinner, B.F. (1954). The science of learning and the art of teaching. *Harvard Educational Review*, 24, 86-97.
- Smetana, J. G. (1994). *Beliefs about parenting : Origins and developmental implications*. San Francisco : Jossey Bass.
- Spitz, R.A. (1965). *The first year of life : A psychoanalytic study of normal and devian development of object relations*. New York : International University Press.

- Sriba, E.A., Pettigrew, L.E., & Alden, S.E. (1971). A behavioral approach to the control of the thumbsucking in the classroom. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 4 (2), 121-125.
- Staats, A.W. (1975). *Social behaviorism*. Illinois : Dorsey Press.
- Stevenson, R.D., & Allaire, J. H. (1991). The development of normal feeding and swallowing. *The Pediatric Clinics of North America*, 38 (6), 1439-1453.
- Stuart, D.J. (1995). Habits affecting dental and maxillofacial growth and development. *Dental Care for the Preschool Child*, 39 (4), 851-861.
- Svartaal, F. (2000). Persistence during extinction : Conventional and revised PREE under multiple schedules. *Learning and Motivation*, 31, 21-40.
- Sy Park Hwang, S., (1997). *L'habitude dans le spiritualisme français : Maine de Biran, Ravaisson, Bergson*. Thèse de doctorat inédite, Université de Sorbone.
- Thompson, R.H., & Iwata, B.A. (2000). Response acquisition under direct and indirect contingencies of reinforcement. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 33, 1-11.
- Toselli, M., Farneti, P., & Salzarulo, P. (1998). Maternal representation and care of infant sleep. *Early Development and Parenting*, 7, 73-78.
- Trocmé-Fabre, A. (1999). *Réinventer le métier d'apprendre. Le seul métier durable aujourd'hui*. Paris : Organisation.
- Turgeon-O'Brien, H., Lachapelle, D., Gagnon, P., Larocque, I., & Maheu-Robert, L.-F. (1996). Nutritive and non nutritive sucking habits : A review. *Journal of Dentistry for Children*, 63, 321-327.
- Umberger, F.G., & Van Reenen, J.S. (1995). Thumb sucking management : A review. *International Journal of Orofacial Myology*, 21, 41-47.
- Vadiakas, G., Oulis, C., & Berdouses, E. (1998). Profile of non nutritive sucking habits in relation to nursing behavior in pre-school children. *The Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 22 (2), 133-136.
- Valois, P. (1999). *Étude critique d'instruments de mesure en éducation*. Document inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.

- Valois, P., Godin, G., & Desharnais, R., (1991). *Théories de prédiction du comportement. Monographies en mesure et évaluation, 4*. Québec : Université Laval.
- Van Norman, R. (1985). Digit Sucking : It's time for an attitude adjustment or a rationale for the early elimination of digit sucking through positive behavior modification. *International Journal of Orofacial Myology, 11* (2), 14-21.
- Van Norman, R. (1997). Digit-Sucking : A review of the literature . Clinical observations and treatment. Recommendations. *International Journal of Orofacial Myology, 23*, 14-31.
- Vayer, P., & Trudelle, D. (1996). *Comment l'enfant apprend*. Montréal : GGC Editions.
- Viadis, A.D. (1993). Thumbsucking and tongue : Correction appliance. *Journal of Clinical Orthodontics, 27* (8), 417-419.
- Vincent, R. (1981). *La succion du pouce chez l'enfant*. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Montréal.
- Wagner, C.L., & Wagner, M.T. (1999). The breast or the bottle ? Determinants of infant feeding behavior. *Clinics in Perinatology, 26* (2), 505-525.
- Warren, J.J., Levy, S.M., Nowak, A.J., & Tang, S. (2000). Non nutritive sucking behaviors in preschool children : A longitudinal study, *Pediatric Dentistry, 22* (3), 187-191.
- Whaley, L.F., & Wong, D.L. (1992). *Soins infirmiers en pédiatrie*. Montréal : Renouveau pédagogique.
- Whitewood, G. (1997). Hypnotic intervention in the breaking of a thumb sucking habit. *The Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis, 18* (1), 1-4.
- Winnicott, D.W. (1957). *L'enfant et sa famille : Les premières relations*. Paris : Payot.
- Winnicott, D.W. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot.
- Winnicott, D.W. (1975). *Jeu et réalité : L'espace potentiel*. Paris : Gallimard.
- Wolf, A.W., & Lozoff, B. (1989). Object and attachment, thumbsucking and the passage to sleep. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 28* (2), 287-292.

- Wolff, P.H. (1968). The serial organization of sucking in the young infant. *Pediatrics*, 49, 812-818.
- Wright, L., Schaefer, A.G., & Solomons, G. (1979). *Encyclopedia of Pediatric Psychology*. Baltimore : University Park Press.
- Yoshida, Y., Ohno, T., & Shikano, R. (1995). An approach to digitsucking cases, part two. Some ideas in giving instructions. *International Journal of Orofacial Myology*, 27 (2), 8-11.

Appendice A

Répartition selon les écoles

Répartition des suceurs et des non-suceurs en maternelle selon les écoles

	Écoles	Suceurs	Non-suceurs	Total
1		1	17	18
2		0	13	13
3		2	12	14
4		4	15	19
5		3	19	22
6		1	30	31
7		0	20	20
8		4	45	49
9		2	45	47
10		7	34	41
11		4	33	37
12		3	54	57
13		8	64	72
Total		39	410	449

Appendice B

Première version du questionnaire

(Format réel 8 1/2 X 14, page de présentation sur papier jaune)



Novembre 1998

Cher parent,

Votre enfant a déjà sucé son pouce? Ou une suce? Ou jamais l'un ou l'autre? Nous aimerions le savoir nous aussi, c'est pourquoi nous faisons appel aux familles pour faire une étude sur le nombre d'enfants de maternelle de notre région qui sucent leur pouce ou leurs doigts. Si possible, un suivi préventif pourrait être fait auprès de certains d'entre eux. Le CLSC, les écoles primaires et France Lavoie, étudiante à la maîtrise en éducation à l'université du Québec à Trois-Rivières unissent leurs efforts dans ce projet. À titre comparatif, le même questionnaire est aussi distribué à des groupes de parents en Suisse.

Même si votre enfant ne suce pas son pouce, c'est important de compléter le questionnaire ci-joint et de le **retourner à l'école le plus tôt possible**. En signant cette feuille, vous nous autorisez à compiler votre questionnaire tout en sachant que vos réponses demeureront confidentielles. Jamais nous ne nommerons un enfant ou un parent en particulier. Nous vous remercions à l'avance de votre collaboration.

Diane Bureau,
Hygiéniste dentaire de l'école

France Lavoie,
Étudiante à la maîtrise en éducation

Signature du parent : _____

Date : _____

Questionnaire sur la succion du pouce ou des doigts

S.V.P., veuillez répondre à toutes les questions et sous-questions.

1. Pour commencer, nous aimerions recueillir des renseignements sur votre enfant.
 Date de naissance : jour ____ mois ____ année ____
 Sexe : féminin () masculin ()
 Nombre de semaines à l'accouchement : _____ semaines.

2. Votre enfant suce-t-il son pouce ou ses doigts, actuellement?
 Oui le pouce () Oui les doigts () Non ()

3. En général, combien de fois le fait-il quotidiennement?

	Jamais	Avant de dormir	Durant la nuit	Le jour 1 à 2 fois	Le jour 3 à 5 fois	Le jour 5 fois ou +
Hier	()	()	()	()	()	()
Le mois dernier	()	()	()	()	()	()
L'année dernière	()	()	()	()	()	()
1 à 3 ans	()	()	()	()	()	()
Naissance à 1 an	()	()	()	()	()	()

4. Des petites fossettes se creusent dans ses joues quand il suce son pouce ou ses doigts?
 Oui () Non () Il ne suce pas son pouce ou ses doigts ()

5. Rappelez-vous votre enfant quand il était plus petit ... est-ce qu'il a..... :

	Oui	Non
Utilisé une suce	() vers l'âge de ____ mois à ____ mois	()
Été nourri au biberon	() vers l'âge de ____ mois à ____ mois	()
Été nourri au sein	() vers l'âge de ____ mois à ____ mois	()
Sucé son pouce ou ses doigts	() vers l'âge de ____ mois à ____ mois	()

6. Quels moyens avez-vous pris pour que votre enfant arrête de...?
 Vous les écrivez SVP.

Utiliser la suce _____

Boire au biberon _____

Etre allaité au sein _____

Sucer son pouce ou les doigts _____

7. Vous pensez qu'un bébé naissant qui suce son pouce, c'est...

Très fréquent ()	Fréquent ()	Rare ()	Très rare ()
Très normal ()	Normal ()	Anormal ()	Très anormal ()
Très beau ()	Beau ()	Laid ()	Très laid ()
Très sécurisant ()	Sécurisant ()	Inquiétant ()	Très inquiétant ()
Très bon ()	Bon ()	Mauvais ()	Très mauvais ()

8. Un enfant de 5 ans qui suce son pouce, vous pensez que c'est ...

Très fréquent ()	Fréquent ()	Rare ()	Très rare ()
Très normal ()	Normal ()	Anormal ()	Très anormal ()
Très beau ()	Beau ()	Laid ()	Très laid ()
Très sécurisant ()	Sécurisant ()	Inquiétant ()	Très inquiétant ()
Très bon ()	Bon ()	Mauvais ()	Très mauvais ()

9. Des frères ou sœurs ont-ils déjà sucé leur pouce ou leurs doigts?

Âge actuel	Sexe	Oui	Non
_____ ans	Féminin () Masculin ()	() ()	() ()
_____ ans	Féminin () Masculin ()	() ()	() ()
_____ ans	Féminin () Masculin ()	() ()	() ()
_____ ans	Féminin () Masculin ()	() ()	() ()

Pas de frères ou sœurs ()

10. Selon vous, y a-t-il un autre geste associé en suçant le pouce ou les doigts?
(ex. : tenir un ourson ou une couverture).

Oui, lequel : _____ Non ()

11. Et vous, lorsque vous étiez enfant, avez-vous sucé votre pouce ou vos doigts?
Et l'autre parent?

Vous : Oui () jusqu'à quel âge? _____ Non () Ne sais pas ()

L'autre parent : Oui () jusqu'à quel âge? _____ Non () Ne sais pas ()

12. Selon vous, pourquoi votre enfant a-t-il commencé à sucer son pouce ou ses doigts?

13. Présentement, qu'est-ce qui amène votre enfant à sucer son pouce ou ses doigts?

14. Avez-vous remarqué certains effets à son habitude? Si oui, lesquels?

15. À quel endroit suce-t-il son pouce ou ses doigts?

	Oui	Non	Il ne suce pas son pouce
Maison	()	()	()
École	()	()	()
Gardiennne ou garderie	()	()	()
Lieux publics (parc, restaurant, etc.)	()	()	()

16. En général, comment place-t-il son pouce ou ses doigts dans la bouche? Encerclez le dessin qui ressemble le plus à votre enfant.



Au complet dans la bouche



À moitié dans la bouche



Bout dans la bouche

17. Voulez-vous recevoir de l'information au sujet de la succion du pouce ou des doigts?

Oui () Non ()

Si OUI, écrire le nom et le numéro de téléphone : _____

18. Vos commentaires :

Merci de votre précieuse collaboration !

Appendice C

Deuxième version du questionnaire

(Format réel 8 1/2 X 14, page de présentation sur papier jaune, validation de contenu par les parents sur papier jaune)

Mai 1999

Cher parent,

Votre enfant a déjà sucé son pouce? Ou une suce? Ou jamais l'un ou l'autre? Nous aimerions le savoir nous aussi, c'est pourquoi nous faisons appel aux familles pour faire une étude sur le nombre d'enfants de maternelle de notre région qui sucent leur pouce ou leurs doigts. Si possible, un suivi préventif pourrait être fait auprès de certains d'entre eux. Le CLSC de Joliette, les écoles primaires et France Lavoie, hygiéniste dentaire et étudiante à la maîtrise en éducation à l'université du Québec à Trois-Rivières unissent leurs efforts dans ce projet. À titre comparatif, le même questionnaire est aussi distribué à des groupes de parents en Suisse.

Même si votre enfant ne suce pas son pouce, c'est important de compléter le questionnaire ci-joint et de le **retourner à l'école le plus tôt possible**. En signant cette feuille, vous nous autorisez à compiler votre questionnaire tout en sachant que vos réponses demeureront confidentielles. Jamais nous ne nommerons un enfant ou un parent en particulier. Nous vous remercions à l'avance de votre collaboration.

France Lavoie, hygiéniste dentaire
Étudiante à la maîtrise en éducation

Signature du parent : _____

Date : _____



Bonjour,

Chers parents, votre avis est important!

Il me fait plaisir de vous contacter au sujet d'un questionnaire sur la succion du pouce ou des doigts qui sera distribué en maternelle 5 ans . Il fait partie d'une étude sur la succion du pouce dans le cadre d'une maîtrise en éducation. Il est disponible avec cette lettre, j'aimerais que vous le complétiez et que vous donniez ensuite votre point de vue. Certaines questions pourront faciliter votre réflexion.

- 1 En général, est-ce que le questionnaire vous paraît complet?

- 2 À votre avis, est-ce que toutes les questions sont pertinentes? On tient compte qu'il y a deux sortes de succion : la succion nutritive où l'enfant ingère des nutriments (ex. : sein, biberon, verre) et celle non-nutritive où l'enfant ingère aucun aliment (ex. : suce, pouce comme couverture). On classe chacune des questions dans « excellent, bien, douteux ».

Excellent :

Bon :

Douteux:

- 3 Y a-t-il des questions qui vous paraissent particulièrement importantes?

Questions très importantes:

Questions peu importantes:

- 4 Y a-t-il des questions qui nous semblent moins claires (ex. : vocabulaire, phrase mal formulée). Vos suggestions....

- 5 Vos commentaires.

Merci de votre collaboration! Nous vous rappelons que toutes ces informations sont confidentielles.

Questionnaire sur la succion du pouce ou des doigts S.V.P., veuillez répondre à toutes les questions et sous-questions.

1. Pour commencer, nous aimerions recueillir des renseignements sur votre enfant.

Date de naissance : jour ____ mois ____ année ____
 Sexe : féminin () masculin () rang dans la famille ____
 Nombre de semaines à l'accouchement : _____ semaines.

2. Votre enfant suce-t-il son pouce ou ses doigts, actuellement?

Non () Oui, le pouce ()
 Oui, les doigts ()

3. En moyenne, quand l'a-t-il fait, depuis sa naissance à aujourd'hui?

Vous cochez une ou plusieurs cases pour chaque période de temps.

	Jamais	Nuit		1 à 2 fois	Jour 3 à 5 fois	5 fois ou +
		Avant de dormir	Durant le sommeil			
Hier	()	()	()	()	()	()
Le mois dernier	()	()	()	()	()	()
L'année dernière	()	()	()	()	()	()
1 à 3 ans	()	()	()	()	()	()
Naissance à 1 an	()	()	()	()	()	()

4. Rappelez-vous votre enfant quand il était plus petit ... est-ce qu'il a..... :

	NON	OUI	
Été nourri au biberon	()	()	vers l'âge de ____ mois à ____ mois.
Été nourri au sein	()	()	vers l'âge de ____ mois à ____ mois.
Utilisé une suce	()	()	vers l'âge de ____ mois à ____ mois.
Sucé son pouce ou ses doigts	()	()	vers l'âge de ____ mois à ____ mois.
Sucé régulièrement un objet (ex. : ourson)	()	()	vers l'âge de ____ mois à ____ mois.

5. Quels moyens avez-vous pris pour que votre enfant arrête de...?

Vous encerclez les exemples utilisés et vous commentez selon votre propre expérience.

Boire au biberon (ex. : verre à bec, eau, aliments solides, autre) _____

Etre allaité au sein (ex. : biberon, verre à bec, aliments solides, autre) _____

Utiliser la suce (ex. : perte, bris, ôter le jour, autre) _____

Sucer son pouce ou ses doigts (ex. : suce, cadeau si arrêt, explications, autre) _____

Sucer régulièrement un objet (ex. : ôter l'objet, lui laisser, autre) _____

6. Vous pensez qu'un bébé naissant qui suce son pouce, c'est...

Très fréquent	()	Fréquent	()	Rare	()	Très rare	()
Très normal	()	Normal	()	Anormal	()	Très anormal	()
Très beau	()	Beau	()	Laid	()	Très laid	()
Très sécurisant	()	Sécurisant	()	Inquiétant	()	Très inquiétant	()
Très bon	()	Bon	()	Mauvais	()	Très mauvais	()

7. Un enfant de 5 ans qui suce son pouce, vous pensez que c'est ...

Très fréquent	()	Fréquent	()	Rare	()	Très rare	()
Très normal	()	Normal	()	Anormal	()	Très anormal	()
Très beau	()	Beau	()	Laid	()	Très laid	()
Très sécurisant	()	Sécurisant	()	Inquiétant	()	Très inquiétant	()
Très bon	()	Bon	()	Mauvais	()	Très mauvais	()

8. À votre avis, sucer son pouce, c'est ...

	Bébé naissant				Enfant 5 ans			
Un besoin	Oui	()	Non	()	Oui	()	Non	()
Une habitude	Oui	()	Non	()	Oui	()	Non	()
Autres (spécifiez) :								

9. Des frères ou sœurs ont-ils déjà sucé leur pouce ou leurs doigts?

Pas de frères ou sœurs ()

Âge actuel		Sexe		Oui	Non
_____ ans	Féminin ()	Masculin ()		()	()
_____ ans	Féminin ()	Masculin ()		()	()
_____ ans	Féminin ()	Masculin ()		()	()
_____ ans	Féminin ()	Masculin ()		()	()

10. Lorsque vous étiez enfant, avez-vous sucé votre pouce ou vos doigts?

Non () Ne sais pas () Oui () jusqu'à quel âge? _____

11. À votre connaissance, est-ce que l'autre parent biologique a sucé son pouce quand il était enfant?

Non () Ne sais pas () Oui () jusqu'à quel âge? _____

12. Vous cochez si vous êtes en accord ou en désaccord avec ces affirmations. À mon avis...

Affirmations	D'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Désaccord
C'est plus facile d'arrêter de prendre une suce que le pouce.	()	()	()	()
L'allaitement au sein est le meilleur choix pour un bébé.	()	()	()	()
L'horaire fixe des repas est préférable à l'horaire sur demande, très souple.	()	()	()	()
La succion du pouce, d'une suce ou d'un objet sont inutiles.	()	()	()	()
Je crois que les risques d'avoir les dents croches à cause du pouce sont exagérés.	()	()	()	()
Je réagis négativement quand un autre enfant suce son pouce ou ses doigts.	()	()	()	()
C'est important qu'un enfant boive au verre ordinaire, le plus tôt possible.	()	()	()	()
Avant l'accouchement, j'étais content(e) d'avoir déjà une suce pour le bébé.	()	()	()	()

13. Questions complémentaires (à titre indicatif seulement)

Situation familiale :

Traditionnelle () Reconstituée () Monoparentale ()

Revenu annuel familial moyen :

Moins de 20 000\$ () De 20 000 à 50 000\$ () 50 001\$ et plus ()

S.V.P., retournez ce questionnaire à l'école le plus rapidement possible.

Vos commentaires nous intéressent, veuillez les indiquer au verso. Merci!

Nous demandons aux parents dont les enfants de 5 –6 ans (en maternelle) sucent leur pouce ou leur doigt de compléter la prochaine section.

**À compléter seulement par les parents dont les enfants ont
sucé leur pouce ou leurs doigts en maternelle 5 ans.**

14. À quel endroit, votre enfant suce son pouce ou ses doigts?

	Non	Oui
Maison	()	()
École	()	()
Garderie (autre que la maison)	()	()
Lieux publics (parcs, restaurant, etc)	()	()

15. Selon vous, pourquoi votre enfant a-t-il commencé à sucer son pouce ou ses doigts? (ex. : fatigue, changement de suce, sevrage rapide, digestion, déménagement, début dans le ventre de la mère, autre, ...)

À partir des exemples, identifiez les raisons qui s'appliquent à votre enfant et expliquez.

16. Présentement, qu'est-ce qui amène votre enfant à sucer son pouce ou ses doigts?

(Ex. : émotions de gêne, colère, plaisir, détente, ennui, solitude, autre, ...)

À partir des exemples, identifiez les raisons qui s'appliquent à votre enfant et expliquez.

17. Quels effets voyez-vous au fait de sucer son pouce ou ses doigts ? (ex. : prononciation, dents et lèvres avancées, doigt croché, être agacé par des enfants ou des adultes, coûts de consultation chez des spécialistes, autre...). À partir des exemples, notez les désavantages actuels et potentiels.

Effets actuels :

Effets potentiels :

18. En général, remarquez-vous les signes suivants quand il suce son pouce ou ses doigts :

Petites fossettes dans les joues	Non ()	Oui ()	Ne sais pas ()
Menton qui se déplace de haut en bas	Non ()	Oui ()	Ne sais pas ()
Petit plis aux lèvres ou autour des lèvres	Non ()	Oui ()	Ne sais pas ()
Pouce déformé avec « corne » plus dure	Non ()	Oui ()	Ne sais pas ()

19. En général, comment place-t-il son pouce ou ses doigts dans la bouche. Encerclez la lettre qui correspond le plus à la position de votre enfant :



A : Au complet dans la bouche



B : À moitié dans la bouche



C : Bout dans la bouche

20. Selon vous, est-ce que votre enfant fait la succion en ayant un autre geste en même temps (ex. : tenir une couverture, une mèche de cheveux)

Non () Oui (), lequel : _____

21. Vous cochez si vous êtes en accord ou en désaccord avec ces affirmations. À mon avis...

Affirmations	D'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Désaccord
C'est surtout moi, le parent qui souhaite l'arrêt de la succion..	()	()	()	()
C'est surtout mon enfant qui décide quand arrêter la succion.	()	()	()	()
Je suis influencé(e) par les commentaires des autres parents ou amis.	()	()	()	()
Je pense que ce sera facile d'arrêter la succion d'ici 6 mois.	()	()	()	()
Je me sens très inquiét(e) des conséquences possibles de la succion.	()	()	()	()
Je me sens incapable d'aider mon enfant à arrêter la succion.	()	()	()	()
Le parent n'a aucun rôle à jouer pour arrêter la succion.	()	()	()	()
J'accorde beaucoup d'importance à l'arrêt de la succion.	()	()	()	()

22. Voulez-vous recevoir de l'information au sujet de la succion du pouce ou des doigts?

Non () Oui () Si oui : votre nom : _____ Tél. : _____

Merci de votre précieuse collaboration !

Appendice D

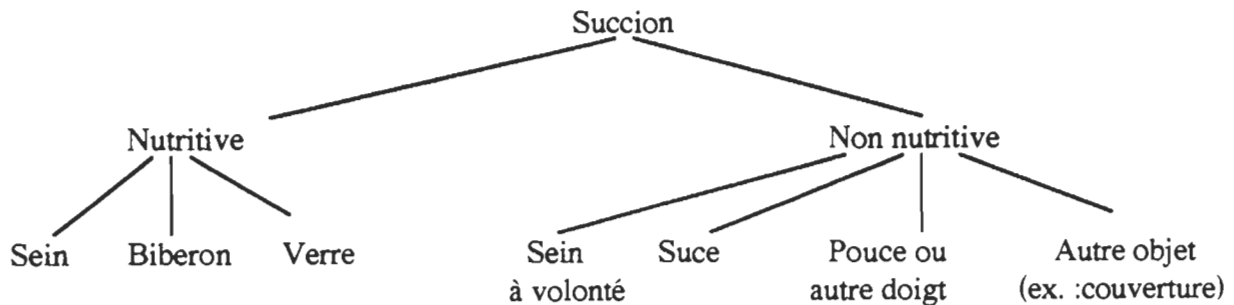
Définition de la succion du pouce selon la consultation des juges

(2^e version)

1 La succion

1 Définition du concept et des composantes

Dans le courant biologique, la succion est l'un des réflexes archaïques du nouveau-né. Généralement vers trois mois, la succion devient un automatisme selon les tenants de l'apprentissage tandis qu'en psychologie, la succion est un besoin inné et/ou acquis selon les auteurs. Dans le tests QCEP, il correspond à un comportement inadapté. La succion peut être considérée comme étant une cause à différentes malocclusions mais elle apparaît aussi comme une conséquence dans des études psycho-sociales, par exemple l'imitation d'un pair. Ainsi, la définition de ce concept peut varier selon les domaines d'études. Si l'on vérifie le dictionnaire encyclopédie de la langue française, 1991, la succion est très générale en étant « l'action de sucer, d'aspirer avec la bouche ou avec certains appareils ». Après avoir consulté différents ouvrages, on peut la représenter de la façon suivante (Turgeon, Lachapelle, Gagnon, Larocque, Maheu-Robert, 1996)



Ce modèle nous semble le plus actuel et complet, voici les définitions du concept et de ses composantes :

Succion :	Action de porter un objet à sa bouche dans un but nutritif ou non-nutritif.
Succion nutritive :	Elle implique l'ingestion de nutriments (Buithieu, Dubé, 1996).
Succion non-nutritive :	Elle n'implique pas l'ingestion de substance nutritive (Buithieu, Dubé, 1996).
Sein :	Glande mammaire qui secrète du lait et ses divers composés.

Sein :	Glande mammaire qui secrète du lait et ses divers composés.
Biberon :	Bouteille pouvant contenir un liquide recouvert d'une partie mobile qui est introduite dans la bouche de l'enfant pour aspirer le contenu de la bouteille.
Verre :	Objet sans couvercle ou section mobile qui contient du liquide à boire.
Sein à volonté :	Glande mammaire dont la production lactée est diminuée, répondant ainsi à un besoin de succion non-nutritive.
Pouce ou autre doigt :	Partie articulée qui termine la main.
Autre objet :	Objet qui est placé dans la bouche même si ce n'est pas sa fonction principale, tel qu'une couverture, oreille d'un ourson, etc.

2 Votre opinion sur la définition du concept et de ses composantes :

Il m'apparaît complet sans être lourd. Les composantes sont très bien définies. Fait ressortir toutes les dimensions qui sont reliées au phénomène de la succion. Très bien, bonne synthèse. Effectivement, peu d'études sur le sujet. Inclure les attitudes aux composantes de la succion pour les rendre plus opérationnelles

3 À votre avis, est-ce complet et à jour :

Le « oui » est unanime.

Il me semble complet et à jour.

4 Vos commentaires :

Aucun

Appendice E

Compilation de la validation des parents

(2^e version)

Bonjour,

Chers parents, votre avis est important !

Il me fait plaisir de vous contacter au sujet d'un questionnaire sur la succion du pouce ou des doigts qui sera distribué en maternelle 5 ans. Il fait partie d'une étude sur la succion du pouce dans le cadre d'une maîtrise en éducation. Il est disponible avec cette lettre, j'aimerais que vous le complétiez et que vous donniez ensuite votre point de vue. Certaines questions pourront faciliter votre réflexion.

1. En général, est-ce que le questionnaire vous **complet** ?

Oui (56 sur 56, 4 pas de réponse), Non = 0

On parle peu de la nourriture. Tout est correct. Bref et simple. Aucune place pour noter le progrès de l'enfant, début à aujourd'hui. Clair et concis.

2. À votre avis, est-ce que toutes les questions sont **pertinentes**? On tient compte qu'il y a deux sortes de succion : la succion nutritive où l'enfant ingère des nutriments (ex. : sein, biberon, verre) et celle non nutritive où l'enfant ingère aucun aliment (ex. : suce, pouce comme couverture). On classe chacune des questions dans « excellent, bien, douteux ».

Excellent : 42 sur 60

Bon : 17 sur 60

Douteux : 1 pas de réponse

Je regrette, je ne sais pas juger la pertinence car je crois que sucer les doigts ou une suce nuisent à la dentition. Les questions sont pertinentes.

3. Y a-t-il des questions qui vous paraissent particulièrement **importantes**?

Questions très importantes : Q3 - Q4 - Q5 - Q7 - Q8 - Q12 - Q16 - toutes

Questions peu importantes : Q6 - Q7 - Q12- Q13 - Aucune. Non, pas vraiment.

4. Y a-t-il des questions qui vous semblent moins claires (ex. : vocabulaire, phrase mal formulée). Vos suggestions...

Très clair : Très bien, OK (48 parents)

Moins clair :

Q4 (3 parents) : Mettre plus de détails. Suce ne demande pas si l'enfant l'a tout le temps dans sa bouche.

Q6 : On ne sait trop si c'est sécurisant pour l'enfant ou le parent.

Q7 : À améliorer

Q12 (3 parents) : Pas toutes claires. Ex. : horaire fixe pour bébé ou à 5 ans.

Q 13. Mettre que l'enfant suce quand il est fatigué, inquiet, triste.

5. Vos commentaires.

- *Détailler plus où et quand l'enfant suce son pouce.*
- *Je ne peux pas répondre à toutes les questions car la maman est décédée quand l'enfant avait 7 mois. Et moi, je l'ai eu à 1 1/2 an.*
- *Tout est correct.*
- *Par l'entremise de l'hygiéniste, j'ai eu plusieurs trucs très pertinents mais des résultats non concluants (ex. : livre pour enfant, mitaine pour couvrir le pouce, etc.)*
- *Ça ne cause pas de problèmes sauf pour la question des dents.*
- *Vous ne parlez pas beaucoup des sucres malgré le fait que les dentistes s'acharnent à nous dire que ce n'est pas correct de les laisser aux enfants. Remarquez que je ne suis pas d'accord avec les dentistes sur ce fait.*
- *Manque de place pour élaborer les réponses.*
- *J'ai sucé mes deux doigts très longtemps et je sais que c'est très difficile d'arrêter car on a toujours ses doigts avec soi. Croyez-moi, mes enfants n'ont jamais sucé leurs doigts car je ne les ai jamais laissé faire.*
- *Ça devrait permettre une bonne analyse et une moyenne appréciable.*
- *Est-ce que mettre ses doigts dans son nez et transférer ça par ronger ses ongles peut avoir un lien avec ne jamais avoir voulu de suce ?*
- *Mon enfant a 5 ans et il ronge ses ongles. Si vous pouvez me répondre.*
- *C'est très bien ce faire ce sondage.*

Merci de votre collaboration ! Nous vous rappelons que toutes ces informations sont confidentielles.

Appendice F

Critères d'inclusion, de modification et d'exclusion des items

(3^e version)

50 items

Les items représentent différentes facettes du concept et de ses dimensions. À chacun des items, vous cochez un choix dans chacune des 4 sections (pertinence, importance, dimension de l'attitude, dimension de la succion). La compilation des évaluations par les experts permettra d'éliminer, de modifier ou de conserver les items à inclure dans le futur questionnaire au parent.

Section : Bébé À mon avis ...

- 1- L'allaitement au sein est le meilleur choix pour nourrir l'enfant.
- 2- Le biberon me fournissait plus d'avantages que d'inconvénients
- 3- La durée du boire (sein ou biberon) doit être fixe.
- 4- L'horaire entre les boires (sein ou biberon) doit être souple.
- 5- J'ai souvent consulté des gens pour régler des problèmes alimentaires du bébé.
- 6- C'est important qu'un enfant boive au verre le plus tôt possible.
- 7- Je trouve que c'est trop tard de commencer les aliments solides à 6 mois.
- 8- C'était compliqué de nourrir mon enfant, il pleurait souvent
- 9- Un autre parent pourrait me prendre en modèle car j'étais une experte en alimentation pour bébé.
- 10- J'aime la tradition où c'est normal d'allaiter son enfant au sein.
- 11- Dès la naissance, j'ai bien fait d'enlever le pouce de la bouche de mon enfant.
- 12- J'étais contente de remplacer les doigts dans la bouche par une suce ou par un autre objet.
- 13- C'est plus facile pour l'enfant d'arrêter d'utiliser la suce que le pouce.
- 14- Avant l'accouchement, j'étais contente d'avoir déjà une suce.
- 15- J'aime regarder un enfant qui suce son pouce.
- 16- C'est sécurisant pour un bébé de sucer son pouce
- 17- C'est normal qu'un bébé suce son pouce.
- 18- La succion du pouce, d'une suce ou d'un objet sont inutiles.
- 19- Je trouve que c'est beau quand un enfant prend une suce.
- 20- Sucrer son pouce n'est pas un besoin pour l'enfant.

Section : Enfants 5 ans À mon avis ...

- 21- C'est normal qu'un enfant de 5 ans suce son pouce ou ses doigts.
- 22- C'est sécurisant pour l'enfant de 5 ans de sucer son pouce
- 23- L'enfant de 5 ans qui suce son pouce répond plutôt à une habitude qu'à un besoin.
- 24- Je trouve que c'est une détente pour l'enfant de sucer son pouce ou ses doigts.
- 25- Je trouve laid qu'un enfant de 5 ans suce son pouce ou ses doigts.
- 26- Je crois que les risques d'avoir les dents croches à cause du pouce sont exagérés.
- 27- Je réagis négativement quand un enfant autre que le mien suce son pouce.
- 28- Ça ne me dérangerait pas si mon enfant suçait son pouce à 5 ans.
- 29- Je pense que la succion du pouce peut être gênante à l'école.
- 30- Les causes de la succion sont biologiques.
- 31- Arrêter de sucer son pouce à 5 ans équivaut à arrêter de fumer pour un adulte.
- 32- Quand on empêche l'enfant de prendre une suce, on lui ôte un plaisir d'enfant.
- 33- Peu importe l'âge, je trouve que c'est l'enfant qui doit arrêter lui-même la suce ou le pouce.
- 34- J'ai l'impression de priver mon enfant quand on ôte sa suce ou son pouce.
- 35- L'enfant peut attraper des maladies quand il met ses doigts dans sa bouche.
- 36- Les parents sont trop sévères quand ils enlèvent la suce avant 5 ans.
- 37- L'idéal serait d'allaiter un enfant au sein jusqu'à 5 ans.
- 38- Le verre à bec me paraît un objet pour bébé.
- 39- Je suis d'accord qu'un enfant de 5 ans boive occasionnellement au biberon
- 40- À 3 ans, l'enfant est assez grand pour cesser de prendre le biberon ou la suce.

Section : Suceurs de pouce à 5 ans À mon avis ...

- 41- Je suis influencé (e) par l'opinion de professionnels qui suggèrent l'arrêt de la succion.
- 42- J'ai fait aucun effort particulier pour que mon enfant arrête de sucer son pouce.
- 43- C'est surtout moi, le parent qui souhaite l'arrêt de la succion.
- 44- C'est surtout mon enfant qui décide quand arrêter la succion.
- 45- Je suis influencé (e) par les commentaires des autres parents ou amis
- 46- Je pense que ce sera facile d'arrêter la succion d'ici 6 mois.
- 47- Je me sens très inquiet (e) des conséquences possibles de la succion.
- 48- Je me sens incapable d'aider mon enfant à arrêter la succion.
- 49- Le parent n'a aucun rôle à jouer pour arrêter la succion.
- 50- J'accorde beaucoup d'importance à l'arrêt de la succion.

Élimination et modification des items vagues et redondants

Il est pertinent de se demander quels sont nos critères pour conserver, modifier ou éliminer des items. On s'appuie d'abord sur le cadre théorique où toutes les dimensions doivent être représentées. D'autre part, les parents répondent en moins grand nombre s'il y a beaucoup de questions longues, alors on retient le « minimum nécessaire » pour évaluer leurs attitudes. De plus, les juges ont fourni de précieuses informations dont nous tiendrons compte pour sélectionner les meilleurs items. Voici nos critères de sélection et le classement des items correspondants :

Critères sur l'élimination d'items :

- 1- Éliminer les items ayant la cote égale ou supérieure à 2 dans la somme « pertinence douteuse-peu important ».
- 2- Éliminer l'item redondant ayant le score le plus faible.

Critères sur la modification d'items :

- 3- Score égal ou supérieur à 8 à la somme « excellent-très » avec commentaires de professeurs sur les modifications.

Critères sur la conservation intégrale des items :

- 4- Score égal ou supérieur à 8 à la somme « excellent-très ».
- 5- Item unique pour représenter chacune des dimensions.

Tableau : Principaux critères appliqués aux items avec des explications supplémentaires

Principal critère	Items	Explications supplémentaires
1	2 – 3 – 4 – 5 – 7 – 8- 9 – 15 – 28 30 – 32 – 34 – 36 – 37 – 38 - 40	Items faibles en étant peu importants ou peu pertinents
2	1 – 12 – 24 – 25 – 33 – 42	Redondance 1 – 10, 11 - 12, 24 – 16, 19 – 25, 33 – 44, 42 – 50
3	19 – 20 – 43 – 44 - 49	Modifications d'items : 19- C'est beau quand un enfant suce son pouce : avoir style commun avec les items formulés en commençant par des qualificatifs. 20- Le bébé qui suce son pouce répond à une habitude plutôt qu'à un besoin : faciliter la comparaison entre 20 et 23. 43- C'est moi, le parent qui devrait décider quand arrêter la succion : préciser le rôle du parent. 44- C'est surtout l'enfant qui devrait décider quand arrêter la succion : faciliter la comparaison entre 43 - 44. 49- Le parent n'a aucun rôle... :Inclure plutôt une des limites de la succion pour l'enfant.
4	10 – 11 – 13 – 14 – 16 – 17 – 18 26 – 27 – 29 – 35 – 41 – 45 – 46 47 – 48 - 50	Garder intégralement les items.
5	6 – 31 - 39	6- Dimension nutritive = 3 items aux bébés (sein, biberon, verre). Un item aux enfants 5 ans (sein ou biberon à 5 ans) 31- Attitude comportementale reliée à l'intervention. 39- Modification pour inclure la succion nutritive à 5 ans

Analyse des commentaires des experts

Les 5 experts ont travaillé consciencieusement en complétant toutes les questions. L'un d'eux a évalué que la pertinence est excellente pour la plupart des items (sauf 1 – 3 – 14 – 30 et 36), un autre a jugé que la succion nutritive était généralement bonne ou douteuse tandis que les 3 autres ont mis des cotes plus partagées, ce qui explique les moyennes et fréquences différentes. L'importance adopte les mêmes tendances, en général. Nous les avons additionnées pour connaître la valeur globale accordée aux items et nous avons ressorti les scores unanimes maximaux dans la dernière colonne du tableau 1, ce qui a été très utile en faisant l'analyse.

Toutefois, les dimensions de l'attitude et de la succion ne peuvent pas s'additionner, nous examinerons si les fréquences sont concordantes en utilisant le critère où 4 ou 5 juges sur 5 ont la même réponse.

Dimension de la succion...

a) Nutritive

Juges : 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 – 37 – 38 – 39 – 40.

Concepteur : idem

b) Non-nutritive

Juges : 11 – 12 – 13 – 14 – 15 – 16 – 17 – 18 – 19 – 20 – 21 – 22 – 23 – 24 – 25 – 26 – 27 – 28 – 29 – 30 – 31 – 32 – 33 – 34 – 35 – 36 – 41 – 42 – 43 – 44 – 45 – 46 – 47 – 48 – 49 – 50.

Concepteur : idem

L'analyse est très facile car les 5 juges et le concepteur ont été unanimes. On explique ce résultat par les définitions des concepts et dimensions très claires et bien définies. Le modèle de Turgeon et Lachapelle est un excellent outil, facile à appliquer!

Dimension des attitudes...

a) Cognitive

Juges : 3 – 4 – 6 – 13 – 18 – 23 – 26 – 30 – 35 – 49 – 50

Concepteur : 1 – 3 – 4 – 9 – 17 – 18 – 20 – 21 – 23 – 26 – 29 – 30 – 35 – 37 – 38 – 39 – 40 – 49 – 50.

b) Affective

Juges : 2 – 7 – 10 – 12 – 14 – 15 – 16 – 17 – 22 – 24 – 25 – 32 – 34 – 36 – 43 – 47 – 48

Concepteur : 2 – 7 – 8 – 10 – 12 – 13 – 14 – 15 – 16 – 19 – 22 – 24 – 25 – 27 – 28 – 34 – 36 – 41 – 43 – 46 – 47 – 48

c) Comportementale

Juges : 5 – 31 – 42

Concepteur : 5 – 6 – 11 – 31 – 32 – 33 – 42 – 44

Items ayant 3 et 2 comme scores les plus élevés : 1 – 9 – 11 – 17 – 27 – 28 – 29 – 38 – 39 – 40 – 41 – 45.

Items étant partagés dans les 3 dimensions : 8 – 20 – 21 – 33 – 37 – 44 – 46.

Les items en caractère **gras** ne sont pas majoritairement dans la même dimension que le concepteur l'avait prévu.

L'analyse démontre qu'il y a eu de l'interprétation des dimensions sur les attitudes car il n'y a pas l'unanimité partout. Dans le bloc des bébés naissants, 13 attitudes sur 20 sont élevées avec 4 ou 5 juges en accord par les 5 juges. Les items 1 – 9 – 11 – 17 sont partagés entre 2 attitudes en ayant 3 – 2 ou 2 – 3 tandis que l'écart est étendu entre les 3 attitudes pour les items 8 – 20. Il faudrait faire des modifications ou les examiner de plus près... Nous remarquons que des mots-clés ont dû être priorisés et que le sens général en est affaibli, par exemple, l'item 20 où sucer son pouce = comportement, besoin = affectif, sens général = cognitif.

La section des enfants de 5 ans contient 16 items non-nutritifs où les votes sont relativement élevés car 11 d'entre eux se situent à 4 sur 5 pour les 5 juges. Dans les items nutritifs, 3 juges les ont classés dans 2 ou 3 dimensions simultanément. Les juges ont bien évalué l'aspect nutritif mais ils ont éprouvé de la difficulté à l'associer correctement aux dimensions sur les attitudes.

Tant qu'à la section réservée aux suceurs de pouce, 6 des 10 attitudes sont situées à 4 ou 5. Les items 41 et 45 sont polarisés entre cognitif et affectif tandis que 44 – 46 sont partagées dans les trois dimensions alors ces derniers ont été mal compris, ils seraient peut-être à modifier... Donc, l'utilisation des définitions n'est pas toujours suffisante car celles cognitive et affective sont parfois confuses. On remarque 5 des 50 items qui ont été associés à une dimension différente chez au moins 3 des 5 juges. On utilise alors les définitions conceptuelles pour déterminer leur dimension la plus pertinente :

Item 6	C'est important qu'un enfant boive au verre le plus tôt possible.	Dimension cognitive
Item 9	Un autre parent pourrait me prendre en modèle car j'étais une experte en alimentation.	Dimension cognitive
Item 13	C'est plus facile pour l'enfant d'arrêter d'utiliser la suce que le pouce.	Dimension cognitive
Item 29	Je pense que la succion du pouce peut-être gênante à l'école .	Dimension cognitive
Item 32	Quand on empêche l'enfant de prendre une suce, on lui ôte un plaisir d'enfant.	Dimension comportementale.

Appendice G

Troisième version du questionnaire

(Format réel 8 1/2 X 14, page de présentation avec en-tête officiel du CLSC Joliette,
texte en gras de la page de présentation surligné en bleu)

Mai 1999

Cher parent,

Votre enfant a déjà sucé son pouce? Ou une suce? Ou jamais l'un ou l'autre? Nous aimerions le savoir nous aussi, c'est pourquoi nous faisons appel aux familles pour faire une étude sur le nombre d'enfants de maternelle de notre région qui sucent leur pouce ou leurs doigts. Si possible, un suivi préventif pourrait être fait auprès de certains d'entre eux. Le CLSC de Joliette, les écoles primaires et France Lavoie, hygiéniste dentaire et étudiante à la maîtrise en éducation à l'université du Québec à Trois-Rivières unissent leurs efforts dans ce projet. À titre comparatif, le même questionnaire est aussi distribué à des groupes de parents en Suisse.

Même si votre enfant ne suce pas son pouce, c'est important de compléter le questionnaire ci-joint et de le retourner à l'école le plus tôt possible. En signant cette feuille, vous nous autorisez à compiler votre questionnaire tout en sachant que vos réponses demeureront confidentielles. Jamais nous ne nommerons un enfant ou un parent en particulier. Nous vous remercions à l'avance de votre collaboration.

France Lavoie, hygiéniste dentaire
Étudiante à la maîtrise en éducation

Johanne Mandeville
Hygiéniste dentaire de l'école

Signature du parent : _____

Date : _____



Questionnaire sur la succion du pouce ou des doigts S.V.P., veuillez répondre à toutes les questions et sous-questions.

1. Pour commencer, nous aimerions recueillir des renseignements sur votre enfant.

Date de naissance : jour ____ mois ____ année ____
 Sexe : féminin () masculin ()
 Nombre de semaines à l'accouchement : _____ semaines.

2. Votre enfant suce-t-il son pouce ou ses doigts, actuellement?

Non () Oui, le pouce () Oui, les doigts ()

3. En moyenne, quand l'a-t-il fait, depuis sa naissance à aujourd'hui?

Vous cochez une ou plusieurs cases pour chaque période de temps.

	Jamais	Nuit		1 à 2 fois	Jour 3 à 5 fois	5 fois ou +
		Avant de dormir	Durant le sommeil			
Hier	()	()	()	()	()	()
Le mois dernier	()	()	()	()	()	()
3 à 5 ans	()	()	()	()	()	()
1 à 3 ans	()	()	()	()	()	()
Naissance à 1 an	()	()	()	()	()	()

4. Rappelez-vous votre enfant quand il était plus petit ... est-ce qu'il a.... :

	NON	OUI	
Été nourri au biberon	()	()	vers l'âge de ____ mois à ____ mois.
Été nourri au sein	()	()	vers l'âge de ____ mois à ____ mois.
Utilisé une suce	()	()	vers l'âge de ____ mois à ____ mois.
Sucé son pouce ou ses doigts	()	()	vers l'âge de ____ mois à ____ mois.
Sucé régulièrement un objet (ex. : ourson)	()	()	vers l'âge de ____ mois à ____ mois.

5. Quels moyens avez-vous pris pour que votre enfant arrête de...?

Vous encerclez les exemples utilisés et vous commentez selon votre propre expérience.

Boire au biberon (ex. : verre à bec, eau, aliments solides, autre) _____

Etre allaité au sein (ex. : biberon, verre à bec, aliments solides, autre) _____

Utiliser la suce (ex. : perte, bris, ôter le jour, autre) _____

Sucer son pouce ou ses doigts (ex. : suce, cadeau si arrêt, consultations, autre) _____

Sucer régulièrement un objet (ex. : ôter l'objet, lui laisser, autre) _____

6. Des frères ou sœurs ont-ils déjà sucé leur pouce ou leurs doigts?

Pas de frères ou sœurs ()

Âge actuel	Sexe		Oui	Non
____ ans	Féminin ()	Masculin ()	()	()
____ ans	Féminin ()	Masculin ()	()	()
____ ans	Féminin ()	Masculin ()	()	()

7.

Non () Ne sais pas ()

Oui () jusqu'à quel âge?

Autre parent biologique?

Non () Ne sais pas ()

Oui () jusqu'à quel âge?

8.

À mon avis...

Affirmations	D'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Désaccord
Avant l'accouchement, j'étais contente d'avoir déjà une suce.	()	()	()	()
J'aime la tradition où c'est naturel d'allaiter son enfant au sein.	()	()	()	()
Dès la naissance, j'ai bien fait d'enlever le pouce de la bouche de mon enfant.	()	()	()	()
C'est important qu'un enfant boive au verre le plus tôt possible.	()	()	()	()
C'est plus facile pour l'enfant de cesser la suce que le pouce.	()	()	()	()
L'enfant peut attraper des maladies quand il met ses doigts dans sa bouche.	()	()	()	()
C'est sécurisant pour un bébé de sucer son pouce.	()	()	()	()
C'est beau quand un enfant suce son pouce.	()	()	()	()
Le bébé qui suce son pouce répond à une habitude plutôt qu'un besoin.	()	()	()	()
L'enfant de 5 ans qui suce son pouce répond à une habitude plutôt qu'un besoin	()	()	()	()
La succion du pouce, d'une suce ou d'un objet est inutile.	()	()	()	()
C'est sécurisant pour un enfant de 5 ans de sucer son pouce.	()	()	()	()
Je crois que les risques d'avoir les dents croches à cause du pouce sont exagérés.	()	()	()	()
Je pense que la succion du pouce peut être gênante à l'école.	()	()	()	()
Je suis d'accord qu'un enfant de 5 ans boive au sein ou au biberon.	()	()	()	()

S.V .P., retournez ce questionnaire à l'école le plus rapidement possible.

Vos commentaires nous intéressent, veuillez nous les indiquer. Merci!

[illegible]

Nous demandons aux parents dont les enfants de 5 –6 ans (en maternelle) sucent leur pouce ou leur doigt de compléter la prochaine section.

**À compléter seulement par les parents dont les enfants ont
sucé ou sucent leur pouce ou leurs doigts en maternelle 5 ans.**

9. À quel endroit, votre enfant suce-t-il son pouce ou ses doigts?

	Non	Oui
Maison	()	()
École	()	()
Garderie (autre que la maison)	()	()
Lieux publics (parc, restaurant, etc)	()	()

10. Selon vous, pourquoi votre enfant a-t-il commencé à sucer son pouce ou ses doigts?

(ex. : fatigue, changement de suce, sevrage rapide, digestion, déménagement, autre, ...)

À partir des exemples, identifiez les raisons qui s'appliquent à votre enfant et expliquez.

11. Présentement, qu'est-ce qui amène votre enfant à sucer son pouce ou ses doigts?

(ex. : émotions de gêne, colère, plaisir, détente, ennui, solitude, autre, ...)

À partir des exemples, identifiez les raisons qui s'appliquent à votre enfant et expliquez.

12. Quels effets voyez-vous au fait de sucer son pouce ou ses doigts ? (ex. : prononciation, dents et lèvres avancées, doigt croché, être agacé par des enfants ou des adultes, coûts de consultation chez des spécialistes, autre...). À partir des exemples, notez les désavantages actuels et potentiels.

Effets actuels :

Effets potentiels :

13. En général, remarquez-vous les signes suivants quand il suce son pouce ou ses doigts :

Petites fossettes dans les joues	Non ()	Oui ()	Ne sais pas ()
Menton qui se déplace de haut en bas	Non ()	Oui ()	Ne sais pas ()
Pouce déformé avec « corne » plus dure	Non ()	Oui ()	Ne sais pas ()

14. En général, comment place-t-il son pouce ou ses doigts dans la bouche. Encerclez la lettre qui correspond le plus à la position de votre enfant :



A : Au complet dans la bouche



B : À moitié dans la bouche



C : Bout dans la bouche

15. Selon vous, est-ce que votre enfant fait la succion en ayant un autre geste en même temps ? (ex. : tenir une couverture, une mèche de cheveux)

Non () Oui (), lequel : _____

16. Vous cochez si vous êtes en accord ou en désaccord avec ces affirmations. À mon avis...

Affirmations	D'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Désaccord
C'est moi, le parent qui devrait décider quand arrêter la succion.	()	()	()	()
C'est surtout l'enfant qui devrait décider quand arrêter la succion.	()	()	()	()
Je suis influencé(e) par les commentaires des autres parents, amis.	()	()	()	()
Je suis influencé(e) par l'opinion des professionnels qui suggèrent d'arrêter la succion.	()	()	()	()
Je pense que ce sera facile d'arrêter la succion d'ici 6 mois.	()	()	()	()
Je me sens très inquiet (e) des conséquences possibles de la succion.	()	()	()	()
Je me sens incapable d'aider mon enfant à arrêter la succion.	()	()	()	()
La succion limite l'enfant dans ses activités sociales.	()	()	()	()
Arrêter de sucer son pouce à 5 ans équivaut à arrêter de fumer pour un adulte	()	()	()	()
J'accorde beaucoup d'importance à l'arrêt de la succion.	()	()	()	()

17. Voulez-vous recevoir de l'information au sujet de la succion du pouce ou des doigts?

Non () Oui () Si oui : votre nom : _____ Tél : _____

Merci de votre précieuse collaboration !

Appendice H

Validation de contenu et d'items

(croyances et moyens pris par les parents)

Madame, Monsieur

Objet : validation des concepts et d'items

Bonjour,

Je suis actuellement étudiante à la maîtrise en éducation à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Je fais appel à vous en tant qu'expert en enseignement d'études supérieures. La tâche qui vous est demandée est relativement simple et comporte deux volets où vous devez indiquer votre opinion. Il suffit alors de lire les définitions proposées et de répondre à quelques questions générales. Ensuite, une liste d'énoncés vous est fournie et vous indiquez vos associations entre ces énoncés et différentes théories en éducation.

Votre collaboration est très précieuse, je vous remercie à l'avance de bien vouloir compléter ce document dans de brefs délais car il sera récupéré dans les prochains jours. Veuillez accepter l'expression de mes sentiments distingués.

France Lavoie, h.d. bac.ès arts
Étudiante à la maîtrise en éducation, UQTR

Validation de concepts et d'items reliés aux croyances parentales et aux moyens pris par les parents

1 Définitions du concept et de ses composantes

Le problème à l'étude vise à étudier la relation entre les croyances des parents et les habitudes des enfants, plus particulièrement la succion. Les croyances sont l'ensemble des informations évidentes chez un individu (Ajzen, 1991). Ainsi, l'attitude « A » d'une personne est directement proportionnelle à la somme de ses croyances (Ajzen). Ces croyances ont un lien étroit avec les comportements (Ajzen, 1991). Le vaste nombre de comportements incluent des gestes reliés aux moyens pris par les parents auprès de leur enfant. Quant aux habitudes, elles correspondent au degré d'automatisme d'un comportement suite à de nombreuses répétitions d'un apprentissage (Triandis, 1977, tiré de Valois, Godin, Desharnais, 1991). Pour sa part, la succion est divisée en deux volets : nutritive (sein, biberon, verre) et non nutritive (sein à volonté, pouce ou doigts, objets, selon Turgeon, Lachapelle, Gagnon, Larocque, Maheu-Robert (1996). Les parents choisissent différents moyens pour cesser la succion durant l'enfance, quels sont-ils? Quelles théories en éducation peuvent être reliées à ces moyens? C'est dans ce cheminement où la théorie est appliquée à la pratique quotidienne que les principales théories contemporaines de l'éducation (Bertrand, 1998) vous sont présentées dans un résumé et un tableau fournis en annexe.

Les sept blocs de théories sont adaptés en tenant compte des moyens pris par les parents pour cesser la succion.

1 Spiritualistes

Le courant métaphysique ou transcendantal, l'intuition, les rêves prémonitoires, les messages ou signes divins, les valeurs spirituelles, les ÊÊÊtres suprêmes reliés à des religions ou philosophies mystiques conduisent le parent à arrêter la succion nutritive ou non nutritive de leur enfant.

2 Personnalistes

Les besoins, les désirs, les souhaits d'être grand ou de ne plus être bébé, les croyances, les émotions comme d'être content, fier, frustré, triste, fatigué, affamé, stressé, aimer, consoler, avoir de la peine, trouver difficile ou pénible ou facile, l'affectivité, le « je, moi, surmoi », les intérêts, la liberté, l'autonomie par jeter lui-même dans la toilette, la poubelle, le camion à vidange, lui faire faire, faire donner, laisser lui-même décider, le parent qui n'a rien fait, rien décider ou tout décider, tout essayer, qui pensent à prendre d'autres moyens, les contraintes financières, la maladie ou les difficultés physiques tels que la douleur, les haut-le-cœur, le manque de lait, l'impédigo, le muguet, l'éruption des dents, l'hospitalisation, l'hygiène, l'esthétique ou l'apparence, la sécurité et les composantes intimes qui sont reliées à l'enfant ou aux parents s'intègrent à la succion nutritive ou non-nutritive.

3 Psychocognitives

Les connaissances préalables, les étapes successives et progressives, la croissance à partir de la naissance, le vieillissement, les étapes commençant avec l'aide du parent où l'enfant devient progressivement apte à le faire tout seul. les processus d'apprentissage, les processus cognitifs tels que le raisonnement, l'analyse, la résolution de problèmes, la métacognition, l'âge de l'enfant, l'utilisation de d'autres objets transitoires notamment le biberon, le verre à bec, le verre, les aliments solides et liquides pour s'alimenter ou la suce, le pouce, les doigts, les ongles comme substitut, la réduction des moments durant la journée ou la nuit incitent à cesser la succion nutritive ou non nutritive.

4 Technologiques

L'équipement informatique, le matériel didactique de communication et de traitement de l'information tels que les ordinateurs, la télévision, le magnétophone, les disques compacts, les multimédias, les systèmes de communication basés sur stimulus-réponse-feedback, le behaviorisme, les systèmes d'émulation et de renforcement tels que les vernis, mitaines sur les doigts, les calendriers, les aide-mémoires, les souvenirs dans les boîtes à suce ou dans le garde-robe ou tiroir, les récompenses comme les oursons, les cadeaux, les punitions en limitant certaines activités comme la Ronde, la télévision, le cinéma ont un effet sur la succion nutritive ou non nutritive.

5 Sociocognitivistes

Les facteurs culturels et sociaux axés sur les normes sociales, les opinions des professionnels comme le pédiatre, l'hygiéniste, le dentiste, le médecin, l'infirmière, les enseignants, les influences par les amis, l'école, la garderie, la gardienne, les réseaux sociaux des parents, la famille élargie ou immédiate, le don à un autre bébé, aux animaux, aux personnages imaginaires tels que le Père Noël, la Fée des dents ou des sucres, Monsieur Poubelle. M. Vidangeur influencent la succion nutritive ou non nutritive.

6 Sociales

La société par les classes sociales, les courants ethniques ou internationaux, les inégalités sociales, la démocratie, le militantisme, l'écologie, les tendances axées sur la nature comme l'allaitement au sein, les normes environnementales, la politique, les lois et règlements comme l'interdiction d'apporter des sucres à la pouponnière ont un impact sur la succion nutritive ou non nutritive.

7 Académiques

Les connaissances générales très élargies, les œuvres classiques, la discipline, le travail acharné, l'excellence, la compétition, l'esprit critique, les recherches, les articles scientifiques, les revues et les documents écrits ont un impact sur le bagage acquis du parent et sur la succion nutritive ou non nutritive de leur enfant.

1 Votre opinion sur les définitions des concepts et des composantes?

Croyances :	<p><i>Ajouter : Le vaste nombre de comportements... auprès de leur enfant pour arrêter la succion.</i></p> <p><i>Bien définies.</i></p> <p><i>Très bien.</i></p> <p><i>Compréhensibles, je suis en accord.</i></p>
Habitudes:	<p><i>Compréhensibles, je suis en accord.</i></p> <p><i>Définition très appropriée.</i></p> <p><i>Bien</i></p> <p><i>Très bien, complet</i></p> <p><i>Parle-t-on de succion quand on boit au verre ? Faut-il préciser verre à bec ?</i></p>
Succion :	<p><i>Compréhensibles, je suis en accord.</i></p> <p><i>Clair et précis, incluant des exemples.</i></p> <p><i>Le concept est clair parce que je connais bien le sujet. Pourrait être un peu plus expliqué (verbalement je spécifie l'aspiration des liquides)</i></p> <p><i>Très bien, complet, facilement repérable.</i></p>
Théories en : éducation	<p><i>Elles rejoignent le contexte actuel de la société.</i></p> <p><i>Théorie 2, pas clair dans la structure de la phrase. Ambiguïté concernant les items qui s'adressent aux enfants ou aux parents.</i></p> <p><i>Voir page 1, Personnalistes à clarifier, pas évident que le verbe a comme sujet tous les éléments énumérés.</i></p>

2 À votre avis, est-ce que les concepts et les composantes sont :

Complets:	3	OUI, (1) juste la succion qui pourrait être plus développée
	1	Voir commentaires pour croyances : Ajouter le vaste nombre de comportements... auprès de leur enfant pour arrêter la succion.
À jour:	2	OUI
	2	Pas de réponse
Pertinents:	3	OUI
	1	Pas de réponse
Ambigus:	3	NON
	1	Clarifier le concept de croyance : Ajouter la définition de « évidents » (d'une certitude absolue, indiscutable).
Adaptés	2	OUI
	1	Pas de réponse
	1	Suffisamment

C) Commentaires

8 La validation des items

La validation des items s'effectue en associant la théorie par les sept définitions précédentes à une série d'énoncés provenant des parents. Ils peuvent contenir une seule composante dans une théorie, des composantes dans une même théorie ou dans plusieurs théories. Il suffit d'encercler une ou plusieurs cotes par item.

Les cotes correspondent aux catégories suivantes :

Items	Théories						
	Spiritualiste	Personnaliste	Psychocognitive	Technologique	Sociocognitivist	Sociale	Académique
Elle n'aimait pas tellement sa suce		4					
Pédiatre.					4		
Allaité au sein jusqu'à 7 mois, après le verre à bec.		2	4		1		
Graduellement en commençant par diminuer son utilisation.		1	4				
Verre à bec. Sa grande sœur buvait au verre.		1	4		3		
Elle a cessé d'elle-même.		4					
J'ai oublié de lui donner et il ne l'a jamais redemandé.		4	1				
Ôter du jour au lendemain.			3		2		
Cadeau, bandage sur les pouces, vinaigre.				4			
Je lui ai fait donner à un autre bébé.		4			3		
Il était assez grand et qu'un grand garçon ne suce pas son pouce à l'école.		3			4		
Nous l'avons aidé à la jeter elle-même dans les poubelles, par contre lorsqu'elle avait de la peine, elle allait la rechercher, cela a duré 2 semaines.		3	4				
Lui ai offert un verre de lait et ça a réussi, il ne voulait plus de biberon.		3	4				
J'ai coupé des petits bouts.		2	4				
Lui laisser, les enfants de bas âge ont besoin de sucer un objet pour soulager ses gencives.		4	1		1		
À l'âge de 3 ans, ma fille est allée chez le dentiste et l'hygiéniste lui a expliqué qu'une suce, ce n'est pas bon pour les dents.			1	1	4		
Je n'ai jamais essayé quoi que ce soit pour qu'elle arrête de sucer son pouce surtout le soir.		4	3				
Je lui ai fait croire que la souffleuse avait pris sa suce dans le rouleau avant.		2	4				
Ça lui a passé vite car on lui enlevait les doigts ou le pouce de sa bouche.			4				
Il l'a donnée à sa tante Danielle et l'a mis dans une petite boîte préparée pour la suce.		2	1	2	4		
De temps en temps, il suçait ses doigts en écoutant la télévision mais il a arrêté par lui-même.		4	1	2			
Des histoires, des caresses, un toutou.			2	4			
Lorsque les deux dents ont sorti de chaque côté des palettes.		4	1				
Cela s'est fait tout seul, j'étais fatiguée et je ne produisais pas assez de lait alors il a très bien intégré le biberon.		4					
Entrée de la mère à l'hôpital pour maladie donc début drastique du biberon		4	1				
La suce servait uniquement pour la consoler.		4	1				

Items	Théories						
	Spiritualiste	Personnaliste	Psychocognitive	Technologique	Sociocognitivist	Sociale	Académique
Il l'a donnée au Père Noël à 2 ans 2 mois.		2	3		4		
Je lui ait dit de ne pas sucer son pouce sale.		3		1	1		
J'ai ôté la suce à un mois. Aussitôt, elle a commencé à sucer son pouce.		3	4		1		
Rien, je songe dès le mois prochain à lui faire mettre un faux palais par le dentiste pour cesser dans les plus brefs délais.		3	1	2	4		
Lui laisser mettre dans sa bouche les objets sécuritaires		4	1	1			
Ce n'est pas beau.		4			2		
Je n'avais pas assez de lait pour l'allaiter au sein.		4					
Mon dentiste a suggéré de dessiner un bonhomme sourire sur un calendrier les jours de réussite et d'offrir une récompense déterminée à l'avance après sept jours.			4	3	3		

Merci de votre précieuse collaboration !

France Lavoie

Appendice I

Lettres distribuées aux directions et aux collaborateurs

Mai 1999

À la direction de l'école,

Bonjour,

Le développement harmonieux des enfants est la préoccupation commune des gens oeuvrant auprès de cette jeune population. Depuis quelques années, je travaille dans les écoles primaires de Lanaudière comme hygiéniste dentaire. D'autre part, je complète actuellement une maîtrise en éducation à l'Université du Québec à Trois-Rivières dont le sujet est la succion du pouce à 5 ans. En général celle-ci présente différentes causes et effets néfastes, tels que des problèmes de prononciation, dents mal placées, commentaires négatifs par les adultes ou les enfants, etc. Combien d'enfants ont cette habitude dans notre région? Pourquoi persiste-t-elle à 5 ans? Quels moyens ont été pris par les parents? Comment modifier l'apprentissage de ce comportement? Cette étude tentera d'y répondre, notre but étant d'abord de connaître l'importance de différentes variables qui inciteraient ou non l'enfant à persister dans ce comportement de succion non nutritive.

La démarche proposée est la suivante : après avoir obtenu votre accord, Johanne Mandeville ou moi France Lavoie, acheminons aux enseignantes de maternelle 5 ans, les photocopies du questionnaire adressé aux parents. Celles-ci peuvent remplir 3 questions sur l'enveloppe. Elles remettent le questionnaire à tous les enfants, les parents le complètent le plus rapidement possible et le retournent à l'école. Si possible, déposer l'enveloppe incluant les questionnaires complétés au secrétariat de l'école, l'hygiéniste dentaire les récupérera dans un délai d'environ une semaine. Au niveau du suivi, je ferai la compilation et un contact téléphonique auprès des parents qui désirent de l'information supplémentaire. Ainsi, votre collaboration et celle des enseignantes en maternelle seraient grandement appréciées pour connaître et réduire cette problématique.

Je vous remercie à l'avance de l'attention que vous porterez à cette demande, veuillez agréer, l'expression de mes sentiments distingués.

France Lavoie, hygiéniste dentaire.

- p.j.
- 1- Questionnaire aux parents.
 - 2- Lettre aux enseignantes ayant 3 questions, collée sur l'enveloppe de retour.

ÉTUDE PAR LES HYGIÉNISTES DENTAIRES SUR LA SUCCION DU POUCE

École : _____

Date : _____

Aux enseignantes en maternelle,

Bonjour,

Il me fait plaisir de vous contacter au sujet d'une petite étude dans la région de Lanaudière, en collaboration avec les écoles primaires, le CLSC Joliette et l'UQTR au sujet de la succion du pouce à 5 ans puisque celle-ci peut avoir des conséquences négligeables mais parfois permanentes pour le déplacement des dents, etc. Les enfants qui sucent leur pouce le font parfois à l'école. Nous aimerions savoir s'ils le font aussi à la maison, les trucs que les parents ont déjà expérimenté afin de réduire ce comportement appris dès la naissance, en général. Si c'est possible, nous vous demandons de répondre aux questions sur cette enveloppe.

- 1- À votre avis, y a-t-il des enfants qui sucent leur pouce ou leurs doigts dans votre classe, cette année?
Non () Oui () Si oui, indiquez le nombre : _____
- 2- Avez-vous échangé sur ce comportement avec...
L'enfant : non () oui () Expliquez : _____
Le parent : non () oui () Expliquez : _____
Un professionnel à l'école : non () oui () Expliquez : _____
- 3- Quels moyens connaissez-vous qui seraient utiles pour réduire ce comportement?
Spécifiez : _____

- 4- Commentaires : _____

Tel que convenu, nous vous remettons les questionnaires à remettre à tous les parents, par les enfants. Ils les retournent à l'école le plus tôt possible. Après qu'ils soient complétés, les déposer dans cette enveloppe et la laisser au secrétariat. Nous viendrons chercher celle-ci dans une semaine environ.

Nombre de questionnaires dans l'enveloppe : _____ copies.

Nombre de questionnaires remis aux parents: _____ copies. Date de distribution : _____

Nombre de questionnaires complétés par les parents: _____ copies. Date de distribution : _____

Merci de votre précieuse collaboration!

Johanne Mandeville et France Lavoie
Hygiénistes dentaires au CLSC Joliette

cc. copie du questionnaire

Octobre 1998

Aux coordonnatrices et coordonnateurs de l'équipe scolaire

De : France Lavoie, hygiéniste dentaire et étudiante à la maîtrise en éducation à l'UQTR

Objet : Étude sur la prévalence du pouce ou des doigts dans la région

Bonjour,

Il me fait plaisir de vous contacter au sujet d'une étude relié à la succion du pouce ou des doigts chez les enfants en maternelle. Nous aimerions d'abord connaître la prévalence, soit le nombre d'enfants qui effectuent le geste quotidiennement. Ensuite, il serait possible d'offrir un suivi minimal (ex. : lettre ou séance d'information) aux parents qui se sont montrés intéressés à avoir de l'information sur ce sujet, tout en respectant votre programme local. Par ailleurs, je pourrais rencontrer certains élèves pour leur offrir un suivi individualisé à partir de critères faisant partie de la recherche.

Dans ce projet, la collaboration de l'hygiéniste dentaire est demandée pour distribuer un questionnaire aux parents, le récupérer et me le retourner en complétant une feuille synthèse aux parents. Le suivi sera évalué selon les disponibilités et besoins mutuels, un échange aura lieu à ce niveau entre hygiénistes, si c'est possible. Cette distribution des questionnaires pourrait s'effectuer à l'automne, durant le dépistage en maternelle.

Je vous remercie à l'avance de votre précieuse collaboration et je demeure disponible pour tout commentaire visant ce projet.

France Lavoie, h.d.
301, Lupien
Louiseville (Québec)
J5V 1T2

Téléphone et télécopieur : 228-8868

p.j. : questionnaire et feuille synthèse

Aux hygiénistes dentaires
De France Lavoie

Objet : étude sur la prévalence de la succion du pouce ou
des doigts dans la région Mauricie-Bois-Francs

Bonjour,

Je suis contente de vous faire part d'un projet sur la succion du pouce ou des doigts chez les enfants en maternelle. Actuellement, je prépare une étude sur ce sujet. L'une des premières étapes sera l'utilisation d'un questionnaire adressé aux parents. Il évalue différents aspects de cette habitude.

1. Nombre d'enfants qui suçent leur pouce ou leurs doigts.
2. Geste actuellement présent ou passé.
3. Fréquence quotidienne.
4. Complexité par l'objet transitionnel chez les suceurs/ses de pouce.
5. Lien entre la succion du pouce et la suce, le biberon, l'allaitement au sein.
6. Perception du parent de la succion selon l'âge de l'enfant.
7. Geste pratiqué ou non par d'autres membres de la famille.
8. Intérêt à avoir de l'information sur ce sujet.

Votre collaboration est demandée pour distribuer le questionnaire, le récupérer et me l'acheminer en complétant la feuille-synthèse. Selon chaque hygiéniste et les besoins locaux, nous choisirons la façon de renseigner les parents qui souhaitent des informations supplémentaires (ex. : dépliant, lettre, une séance générale). Pour ma part, j'effectue la recherche. Si vous désirez, je ferai les photocopies du questionnaire. Après avoir fait la compilation, je m'impliquerai dans la transmission d'informations aux parents intéressés en m'adoptant à votre fonctionnement local. Je choisirai ensuite certains enfants au hasard pour faire un suivi individualisé. Après leur analyse détaillée, je vous ferai part des résultats de l'étude. Si vous souhaitez des informations supplémentaires, il me fera plaisir d'échanger avec vous.

Je vous remercie de l'attention que vous porterez à cette demande. Au plaisir de se revoir bientôt.

France Lavoie, h.d.

p.j. : questionnaire et feuille synthèse

ÉTUDE SUR LA SUCCION DU POUCE .

FEUILLE SYNTHÈSE

1. Nom de l'hygiéniste dentaire : _____
2. Nom du CLSC ou de l'établissement : _____
3. Période de distribution entre le _____ et _____ 1999 (précisez les dates de distribution).
4. Nombre de classes de maternelle participant au projet : _____
Nombre total de classes de maternelle dans votre territoire : _____
5. Nombre de questionnaires complétés : _____
Nombre de questionnaires distribués : _____

MERCI

Appendice J

Message aux parents sur la succion du pouce ou des doigts

(copie recto verso sur papier turquoise)

Message aux parents sur la succion du pouce ou des doigts

Chers parents,

La succion du pouce paraît parfois rassurante, inquiétante selon l'âge de l'enfant. Au verso, vous avez une histoire à lire et à dessiner avec votre enfant au sujet de ce geste. Le personnage principal, Monsieur Pouce, prend la parole et il donne un sens différent à la succion. Cette petite histoire peut être lue aux « moments critiques » où l'enfant suce son pouce, par exemple avant de s'endormir. D'autres moyens peuvent être efficaces :

- Utiliser certains mots ou gestes pour lui rappeler d'ôter le pouce de sa bouche (ex. : bouger le pouce pour rappeler sa décision d'arrêter la succion);
- Dessiner Monsieur Pouce sur les doigts, le faire parler et rire. Terminer le jeu et disant qu'il dort sur sa petite oreiller en compagnie de ses amis DOITÉ;
- Lire une histoire et arrêter quand il place son pouce dans la bouche;
- Féliciter l'enfant quand il ne suce plus son pouce (ex. : arrêt de sucer devant la télévision);
- Coller un collant chaque jour de réussite (voir le modèle ci-dessous)
- Chanter la version modifiée de « Frère Jacques » au moment critique ou quelques phrases en code secret pour l'inciter à ôter son pouce durant un oubli.

Il est important d'être patient avec l'enfant. Il répète ce geste depuis plusieurs années, l'arrêt devient généralement progressif, comme un sevrage. Si vous voulez d'autres informations, contactez-moi et nous pourrions échanger plus longuement. Merci

Chanson Monsieur Pouce (air : Frère Jacques)

Monsieur Pouce
Monsieur Pouce

Où es-tu?
Où es-tu?

Voir les amis DOITÉ
Voir les amis DOITÉ

Pis, j'aime ça!
Pis, j'aime ça!



Monsieur Pouce et moi sommes contents. Place un collant dans une case pour chaque réussite. Bravo!

Monsieur Pouce s'est perdu



Vous êtes amusants! Nous aussi, on a mis Monsieur Pouce dans notre bouche quand on était petit. Maintenant, on a arrêté de sucer nos doigts. On peut donner des trucs à vos parents. Vous en connaissez peut-être par des amis qui ont réussi.

Bonne chance!